



# LAUREA

# Espeen kotisairaalan kirjaamisen kehittämisen hanke

• • • • •

Karppinen, Mikko

2010 Lohja

Laurea ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja

## ESPOON KOTISAIRAALAN KIRJAAMISEN KEHITTÄMISEN HANKE

Mikko Karppinen  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
05/2010

Mikko Karppinen

**Espoon kotisairaalan kirjaamisen kehittämisen hanke**

<b>Vuosi</b>	<b>2010</b>	<b>Sivumäärä</b>	<b>30</b>
--------------	-------------	------------------	-----------

Laurea-ammattikorkeakoulun ja Espoon sairaalan yhteistyönä toteutetun projektin tavoitteena oli kehittää kirjaamista Espoon sairaalan kotisairaalassa. Tavoitteena oli myös oppia ja opettaa hoitotyön rakenteista kirjaamista kansallisen hoitotyön systemaattisen kirjaamisen mallin mukaan. Teoreettisena pohjana olivat Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (STM 298/2009) sekä laki (STM 159/2007) sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä, joiden tarkoituksena on luoda yhtenäinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä. Espoon sairaalan kirjaamisen kehittämisen hankkeessa oli mukana kotisairaalan lisäksi kuusi vuodeosastoa Espoon sairaalasta.

Kehittämistoiminta tapahtui työryhmässä, johon kuului opiskelija sekä kotisairaalan kaksi sairaanhoitajaa ja osastonhoitaja. Kehittämistoiminnan menetelmänä käytettiin juurruttamista. Nykytilanteen kartoitus tehtiin laadullisin tutkimus menetelmin. Kirjaamisen nykytilanteen kartoittamisen ja hankitun teoreettisen tiedon perusteella luotiin uusi toimintamalli, joka vähentää päällekkäistä raportointia, parantaa kirjaamisen laatua sekä tuo joustavuutta hoitajien ajankäyttöön.

Työryhmän työskentelyä ja uutta toimintamallia arvioitiin kyselylomakkeella, joka kerättiin lopuksi työyhteisöltä. Vastaajista osa koki työryhmän edistäneen kirjaamisen kehittymistä hankkeen aikana. Vastauksista saattoi myös päätellä, että vastaajat uskovat uuden toimintamallin etuihin sekä siihen että uusi toimintamalli, eli muutos, on työyhteisössä mahdollinen. Työyhteisö on sitoutunut jatkossa uuden toimintamallin juurruttamiseen.

**Asiasanat:** Kirjaaminen, sähköinen kirjaaminen, juurruttaminen, , raportointi, hiljainen raportointi.

Mikko Karppinen

**Documentation project for The Home Hospital at The Espoo City Hospital**

<b>Year</b>	<b>2010</b>	<b>Number of pages</b>	<b>30</b>
-------------	-------------	------------------------	-----------

The aim of this project was to develop documentation methods in the Home Hospital at the Espoo City Hospital. My mission was to study and improve constructive documentation by the systematic national model. As a theoretical base were the law (159/2007) and the order (298/2009) about handling the electronical healthcare data, which both aim to create a united healthcare data handling and storage system and a guide for national documenting standards.

Documentation development project at the Espoo City Hospital was connected with six regular wards and the Home Hospital, which provides ward care at patients home. The project was operated by the Laurea Polytechnics and the Espoo City Hospital. Staff of the Espoo City Hospital was gathered in small study groups, which were guided by the teachers of the Laurea Polytechnics. The dissemination method was the main guideline all the way.

In the Home Hospital we did a survey of what their documentation is now and compared the results to the theoretical facts. Solution was a new method that includes: better documentation, less double documentation, flexibility in the time management for nurses and therefore more capacity for the Home Hospital. In the end the project was evaluated by a survey. The results is that most of the participants thought that the project developed documentation and that the new method is advanced and could be used in the future. Changes that it will bring could be accepted within the working community. Participants are committed to going further with the dissemination of the new method.

**Key words:** Documentation, electronical documentation, reporting, silent report, dissemination.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1-56
2	KEHITTÄMISTOIMINNAN MENETELMÄT .....	6
2.1	Juuruttaminen .....	6
2.2	Tiedon käsittelyn kierrokset .....	8
2.3	Tiedon lajit .....	9
2.4	Haastattelu .....	10
2.5	Sisällön analyysi ja litterointi .....	11
2.6	Kyselytutkimus ja arviointi .....	11
3	ESPOON KOTISAIRAALA KEHITTÄMISTOIMINNAN YMPÄRISTÖNÄ .....	12
4	TEOREETTISET PERUSTELUT .....	13
4.1	Hoitotyö.....	13
4.1.1	Viestintä.....	13
4.1.2	Hoitotyön kirjaaminen .....	14
4.1.3	Potilasasiakirjat ja niiden laatiminen .....	15
4.1.4	Rakenteinen kirjaaminen.....	16
4.1.5	Ydintiedot.....	17
4.1.6	Kansallinen yhtenäisen kirjaamisen malli .....	17
4.2	Hoitotyön raportointi .....	18
4.3	Hiljainen raportointi.....	19
4.4	Näyttöön perustuva hoitotyö.....	20
4.5	Hoitotyön päätöksenteko .....	21
5	KEHITTÄMISTOIMINNAN TOTEUTUS KOTISAIRAALASSA .....	22
5.1	Nykytilanteen kuvaus .....	22
5.2	Prosessi kuvaus nykytilanteesta .....	23
5.3	Prosessi kuvauksen vertailu tutkittuun tietoon .....	24
5.4	Uusi toimintatapa .....	25
5.5	Tuotos ja uuden toimintatavan juurruttaminen .....	25
6	ARVIOINTI.....	30
	LÄHTEET .....	32
	KUVOIT .....	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
	LIITTEET .....	36

# 1 JOHDANTO

Vuonna 2007 säädettiin laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Lain tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen turvallista sähköistä käsittelyä. Tarkoituksena on toteuttaa yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä terveydenhuollon palvelujen tuottamiseksi potilasturvallisesti ja tehokkaasti sekä potilaan tiedonsaantimahdollisuuksien edistämiseksi. (STM 159/ 2007.)

Olenaisena uudistuksena lakiesitykseen sisältyy valtakunnallisesti keskitetyn potilastietojen käsittely- ja arkistointi järjestelmän luominen. Terveydenhuollon palvelujen antaja voi käyttää oman yksikön potilastietojen lisäksi arkistopalvelussa olevia toisen terveydenhuollon palvelun antajan potilastietoja, mikäli näiden tietojen luovutukseen on potilaan suostumus tai luovutuksen oikeuttava lain säännös. (Hopia & Koponen 2007, 26; STM 159/ 2007.)

Suomessa käytössä olevien erilaisten järjestelmien synkronoimiseksi kansallisen terveyshankkeen sähköisten potilasasiakirjojen käyttöönottoa ohjaava työryhmä esittää raportissaan (STM työryhmämuistio 2004, 18.), että vuoden 2007 loppuun mennessä kaikkien sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien tulee käyttää yhteneväisiä rakenteisia ydintietoja. Tämä tavoite on edelleen voimassa, vaikka siihen ei ole vielä kaikkialla päästy.

Espoon sairaalan kotisairaalan kirjaamisen kehittämisen hanke on osa valtakunnallista eNNI (Electronic Documentation of Nursing care- the R&D Project for Creation on Nursing Informatics Competence in co-operation between education and work life)- hanketta. eNNI on valtakunnallinen hanke, jossa vuosina 2008- 2009 oli mukana 14 hoitotyön koulutusohjelmaa tarjoavaa ammattikorkeakoulua. eNNI- hankkeen taustalla ovat opetusministeriö, Kuopion yliopisto, Sairaanhoidtajaliitto, Kuntaliitto ja Virtuaaliammattikorkeakoulu. eNNi- hankkeen (2008- 2012) tavoitteena on muodostaa uudenlaista kehittämistyötä koulun ja kentän välille yhtenäisen kirjaamisen mallin osaamisen tuottamisessa ja kirjaamisen käytännön uudistamisessa. (eNNi 2009.)

Espoon sairaalan ja Laurea ammattikorkeakoulun rakenteisen kirjaamisen kehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää kohteena olevan työyhteisön kirjaamista ja lisätä hoitotyön systemaattisen kirjaamisen mallin osaamista sekä oppia kehittämistoimintaa. Espoosta hankkeeseen osallistuvat Espoon sairaalan kotisairaala, Jorvin terveyskeskuksen osastot 1 ja 2, sekä Espoon sairaalan osastot 2D, 2E, 3D ja 3E.

Tämän raportin tarkoituksena on kuvata kotisairaalan osalta hankkeen taustoja, teoreettisia perusteluja ja aikatauluja sekä kuvata niitä lähtökohtia, jotka ovat tiedossa hankkeen aloitusvaiheessa, sekä sitä mitä tapahtui hankkeen edetessä.

Hankkeen tavoitteena on kehittää kotisairaalan kirjaamista juurruttamisen menetelmällä yhteistyössä työntekijöiden ja työryhmän kanssa. Osastonhoitaja ja opinnäytetyön ohjaajat tukevat työryhmää prosessin aikana, osastonhoitaja toimii myös osana työryhmää. Työryhmään kuuluu kaksi kotisairaalan sairaanhoitajaa, osastonhoitaja sekä opiskelija. Työryhmä tukee työyhteisöä uuden toimintatavan juurruttamisessa. Uuden hiljaisen raportoinnin toimintamallin juurruttaminen on alkanut hankkeen aikana työyhteisössä ja se jatkuu edelleen, kunnes uusi toimintatapa on käytössä. Yhtenä hankkeen tavoitteista on, että siihen osallistuneet työntekijät hallitsevat rakenteisen kirjaamisen perusteet ja voivat jatkaa kansallisen kirjaamisen mallin mukaista kirjaamisen juurruttamista omassa työyhteisössään, ja näin tukea koko yhteisöä muutoksessa. Kehittämishanke rakentuu kumppanuusperiaatteelle. Learning by development, eli kehittämispohjainen oppiminen on Laurea ammattikorkeakoulun pedagoginen toimintamalli-innovaatio, jossa oppimisprosessi on muotoiltu tutkimus- ja kehittämisprosessiksi. (Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Silvennoinen 2006.)

Opiskelija on työryhmän jäsen. Hän kartoittaa työyhteisön kirjaamisen nykyistä tilaa ja selkeyttää kehittämiskohteen valintaa sekä etsii tutkittua tietoa työyhteisön päätöksenteon tueksi. Opiskelija myös osallistui yhdessä työryhmän kanssa kirjaamisen koulutuksiin. Projektin aikana opiskelija oppi rakenteista kirjaamista, projektin hallintaa sekä toimimaan yhteistyössä eri tahojen kanssa. Kehittämisprojektin tuotoksena syntyi uusi toimintatapa sekä raportti kuvauksena kehittämisprojektin vaiheista. (Laurea ammattikorkeakoulu. 2008. Opinnäytetyöohje.)

## 2 KEHITTÄMISTOIMINNAN MENETELMÄT

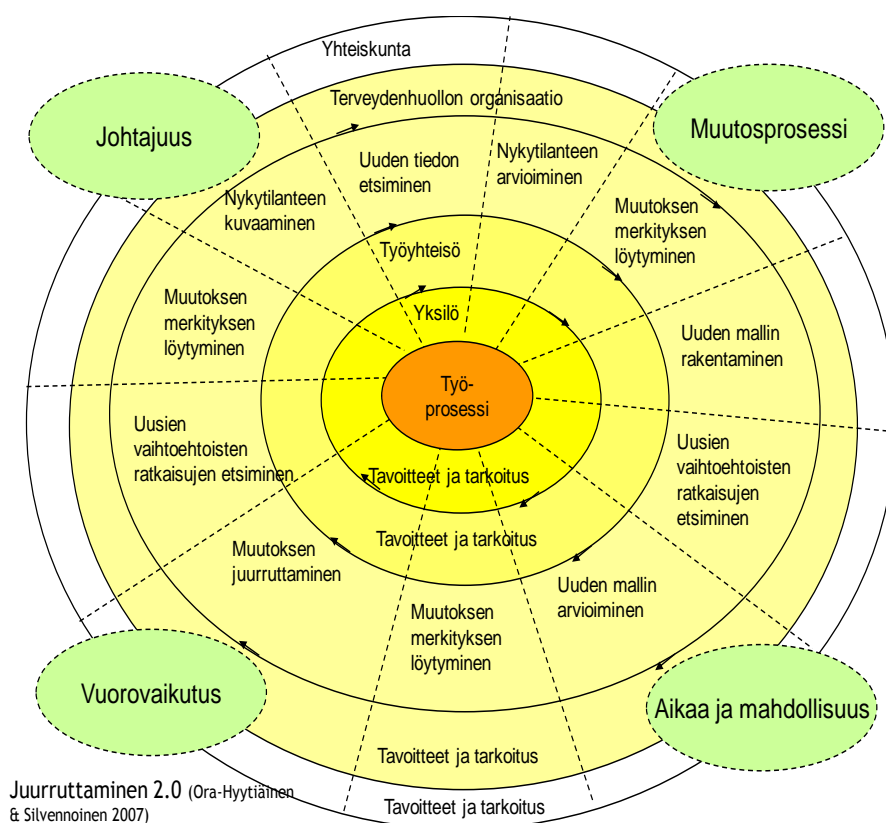
### 2.1 Juurruttaminen

Juuruttaminen on yhteisöllinen oppimisprosessi, jossa käytännössä toiminnassa olevan hiljaisen tiedon ja eksplisiittisen eli tutkitun ja teoreettisen tiedon välisessä vertailussa tuotetaan uutta tietoa, jota kehitetään uudeksi käytännön osaamiseksi.

Työyhteisön hiljaisen tiedon näkyväksi tekeminen on lähtökohtana hankkeelle. Hyväksi koettuja toimintamalleja joita käytetään yleisesti työyhteisöissä, ei ole aina perusteltu tutkitulla tiedolla tai tieteellisillä julkaisuilla. (Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Partamies 2004.)

Vuorovaikutteinen yhteisö on oleellinen edellytys juurruttamisen onnistumiseksi. Tarvitaan siis yhteisö, joka on kiinnostunut itsensä kehittämisestä. Esille tulleiden havaintojen perusteella rakennettu uusi malli on osa juurruttamisen muutosprosessia, nykyisen toimintatavan arvioinnin voi tehdä vain työyhteisö. Opiskelija ja työyhteisö osallistuvat yhdessä kehittämiskohteen tilan kuvaamiseen, jonka pohjalta uutta mallia voidaan alkaa työstämään. (Ahonen ym. 2006.)

Kehitystyöryhmän jäsenet edistävät muutosta kuvaamalla nykytilanteen, sekä hankkivat tutkittua tietoa työyhteisölle perustellun suunnitelman pohjaksi, jolta uusi toimintamalli rakentuu. Työryhmät kokoontuvat säännöllisesti työpajoihin aihepiireittäin arvioimaan ja suunnittelemaan toimintaansa. (Ahonen ym. 2006.)



**Kuvio 1. Juurruttaminen 2.0 (Ora- Hyytiäinen & Silvennoinen 2007.).**

Kuvio yksi havainnollistaa juurruttamisen prosessia. Prosessissa ovat osallisina yksilöt ja työyhteisö, jotka yhdessä ammattikorkeakoulun edustajien kanssa työstävät uutta toimintatapaa. Lähtökohtana on muutoksen tarpeen tiedostaminen. Tässä apuna käytetään nykytilanteen kuvausta, jonka pohjalta etsitty uusi tieto auttaa määrittelemään muutoksen kohteen. Uusien vaihtoehtojen ratkaisujen etsiminen on osa muutosprosessia ja auttaa muutoksen merkityksen konkretisoitumista työyhteisössä. Muutosprosessi tarvitsee myös yhteistä aikaa ja mahdollisuuden toteutua, organisaation yksilöllisten voimavarojen kautta. Muutos tarvitsee myös vuorovaikutteisuutta jota syntyy osallistumisesta, yhteiseen dialogiin osallistuminen ja yhteisten toimintojen läpikäyminen on osa juurruttamisen kehää. Prosessi vaatii myös johtajuutta, joka mahdollistaa muutoksen konkretisoitumisen uudeksi



toimintatavaksi. (Ora- Hyytiäinen & Silvennoinen 2007; Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Partamies 2007.)

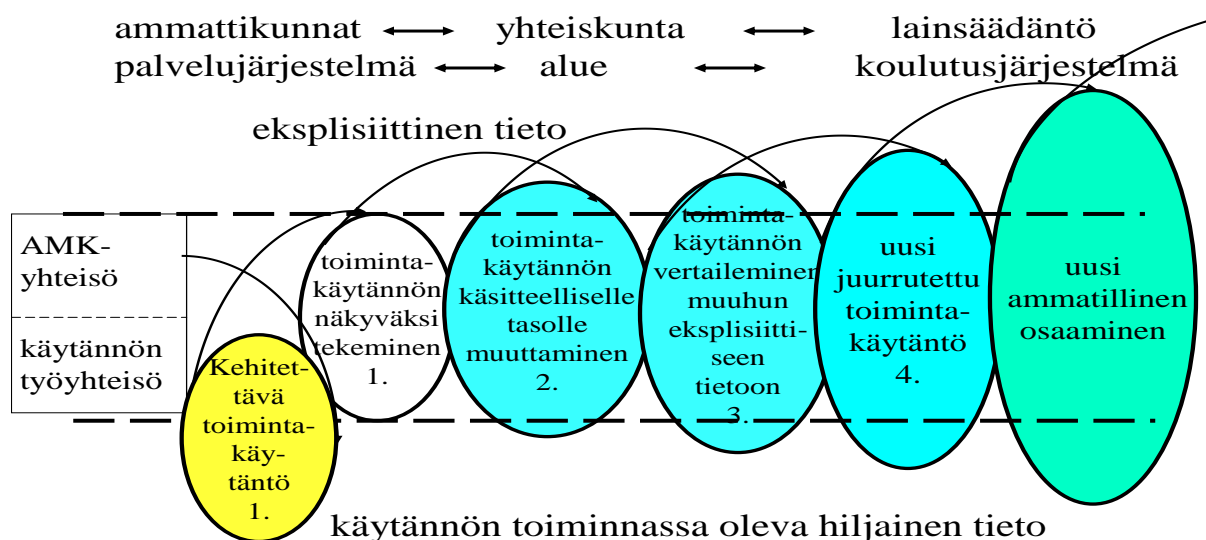
Koulutus ja tiedottaminen mahdollistavat avoimen ja keskusteleavan työympäristön, jossa jokainen sen jäsen otetaan huomioon yksilönä, mutta myös moniammatillisen tiimin jäsenenä. Osallistumismahdollisuuksilla tarkoitetaan henkilöstön ottamista mukaan tilanteisiin, joissa heidän työtään, työolosuhteitaan ja työympäristöään koskevia päätöksiä suunnitellaan. Osallistuminen on parhaimmillaan vuorovaikutusta jossa henkilö antaa ja saa tietoa. Silloin henkilökunnan osaaminen ja kokemukset voidaan hyödyntää myös suunnittelussa. (Sarala & Sarala 2003.)

Uusien toimintamallien luomisessa oleellista on, että niiden perustana on tarkoituksellinen toiminta. Toiminta, joka on osa koko organisaation strategiaa. Tärkeää on määritellä ja muodostaa tietoinen käsitys siitä, millaista tietoa organisaatiossa on, millaista tietoa siellä tarvitaan ja miten sitä hankitaan. Uudet toimintamallit syntyvät pohjimmiltaan työyhteisön jäsenten itsenäisen ajattelun, hahmottamisen ja käsittämisen tuloksena. Työntekijöiden itsenäisyys lisää koko työyhteisön kykyä tulkinta informaatiota joustavasti sekä omaksua ja sisäistää informaatiota tiedoksi. (Huotari ym. 2005.)

Juuruttamisen prosessiin kuuluu oleellisena osana uuden toimintatavan arviointi. Uutta toimintatapaa arvioidaan jatkuvasti, oleellista on että uusi toimintatapa palvelee potilaan yksilöllistä hoitoa, on linjassa valtakunnallisten tavoitteiden kanssa ja edistääkö se esimerkiksi hoitajan autonomiaa yksilövastuisen hoitotyön taustalla olevan ajattelun suuntaisesti. Tämä tapahtuu vuorovaikutuksessa työyhteisön sisällä, ilman vuorovaikutusta uuden toimintatavan juurtuminen ei ole tehokasta. Lisäksi tarvitaan esimiesten johtajuutta joka mahdollistaa ja tukee uuden toimintatavan juurtumista työyhteisöön. (Ahonen ym. 2004.)

## 2.2 Tiedon käsittelyn kierrokset

Juuruttaminen perustuu hiljaisen tiedon sekä teoreettisen ja tutkitun tiedon välisille käsittelykierroksille (Kuvio 2). Tässä yhteisöllisessä oppimisprosessissa on tarkoitus tuottaa kehittämisen kohteesta kyseisessä ympäristössä koskevaa uutta tietoa, joka voidaan jalostaa uudeksi ammatilliseksi osaamiseksi eli innovaatioksi. (Ahonen ym. 2006.)



Kuvio 2. Tiedonkäsittelyn kierrokset 1.0 (Ahonen ym. 2006).

Kuviossa kaksi on esitetty tiedonkäsittelyn kierrokset. Tiedonkäsittelyn ensimmäisellä kierroksella työyhteisö valitsee kehittämiskohteen ja se saatetaan näkyväksi. Näkyväksi tekeminen voidaan toteuttaa erilaisia tutkimusmenetelmiä, kuten haastattelua käyttäen. Tiedonkäsittelyn toisella kierroksella kehittämiskohde käsitteellistetään. Saadusta materiaalista muodostetaan käsitekartta (liite 2.) ja prosessikaavio (liite 6.).

Tiedonkäsittelyn kolmannella kierroksella vertaillaan implisiittistä tietoa eksplisiittiseen tietoon. Opiskelija hankkii tutkittua tietoa päätöksenteon tueksi. Tiedonkäsittelyn kolmannella kierroksella myös arvioidaan tuloksia ja tuotetaan ehdotuksia uudeksi toimintatavaksi.

Tiedonkäsittelyn neljännellä kierroksella uusi juurrutettu toiminto on osana uutta ammatillista osaamista. (Ahonen ym. 2007; Ahonen ym. 2006.)

### 2.3 Tiedon lajit

Tutkimus on olennaisesti tiedon hankkimista, joko kirjallisista lähteistä taikka suoraan reaali maailmasta eli empiriasta. Tieto on siis yhtä kuin selvitys tai kuvaus siitä, miten asiat ovat empiriassa. Jonkin rajallisen ilmiön kuvausta tutkijat sanovat malliksi ja laajemman ilmiökentän kuvausta (joka voi koostua useista malleista) teoriaksi. Tiedon lajeja ovat empiirinen, eli aistihavaintoihin perustuva tieto, rationaalinen, eli järkeen perustuva tieto, hiljainen, eli sanaton tieto, tieteellinen tieto, eli tieteellisin menetelmin saatu tieto, sekä ihmisen arkihavaintoihin perustuva yleistieto ympäristöstään. (Metsämuuronen 2006, 115.)

Liiketaloustieteilijä Ikuhiro Nonaka on yhdessä kollegojensa kanssa soveltanut tiedon luomisen malleissaan käsitystä tiedon dualistisuudesta, implisiittinen ja eksplisiittinen tieto.

Eksplisiittisellä tiedolla tarkoitetaan konkreettista, saatavilla olevaa yleistä tietoa. Organisaatiossa oleva hiljainen tieto on sen jäsenillä olevaa tietoa. Hiljainen tieto kiinnittyy ihmisten toimintaan, menettelytapoihin, rutiineihin sekä myös kognitiivisiin tekijöihin, esimerkiksi arvoihin ja tunteisiin. Se on siis henkilökohtaista, artikuloimatonta tietoa, jota on vaikea jakaa ja viestiä muille. Hiljaiseen eli implisiittiseen tietoon sisältyy siis sekä teknisiä että kognitiivisia osia. (Huotari, Hurme & Valkonen 2005, 67.)

## 2.4 Haastattelu

Haastattelu on tiedonhankinnan perusmuoto. Platon osoitti dialogeissaan, miten keskustellen saadaan esille asioiden moniselitteisyys. Myös Sokrates käytti haastattelua saadakseen oppilaansa ajattelemaan. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 11.) Kehittämiskohteen empiirisestä ja kvalitatiivisesta luonteesta johtuen hiljaisen tiedon keräämiseen käytetään avointa haastattelua, jonka teemana on kirjaaminen Espoon kotisairaalassa. Haastattelu nauhoitetaan digitaaliseen muotoon, jolloin aineiston hallinta on helpompaa.

”Haastattelun tavoite on selvittää se, mitä jollakulla on mielessään” (Eskola & Suoranta 2005, 15). Metodologisesti teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja asioista, heidän asioille antamiaan merkityksiä sekä sitä, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 48.) Haastattelutilaisuudessa pyritään avaamaan työntekijöiden kesken keskustelu työpaikan asiakas tietojen kirjaamisesta, kirjaamisen osa-alueista ja niihin liittyvistä käytännöistä ja tavoista, sekä mahdollisista vaikeuksista ja ongelmista. Haastattelijan rooli on ohjata ja esittää täsmentäviä kysymyksiä sekä huolehtia siitä, että keskustelijat pysyvät aiheessa.

Teemahaastattelussa edetään tiettyjen etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77.)

Teemahaastattelussa on kysymys myös henkilöiden välisestä viestinnästä, joka perustuu kieleen. Kielen käyttö on yleensä hyvinkin organisoitua, se ei muodostu pelkistä irrallisista toteamuksista, vaan siinä on olemassa tietty diskurssi. Diskurssia pidetään sosiaalisen todellisuuden rakentajana ja uusintajana. Kieli ei neutraalisti heijasta todellisuutta, vaan kieltä on tutkittava sen tuottamien sosiaalisten merkitysten avulla. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48- 50.)

## 2.5 Sisällön analyysi ja litterointi

Sivistys sanakirja (2009) kertoo analyysin tarkoittavan mm. osiin hajottamista, hajottamalla tutkimista, erittelyä, tai jäsentämistä. Hirsjärven ja Hurmeen (2007) mukaan tallennettu laadullinen aineisto on useimmiten tarkoituksenmukaista kirjoittaa tekstiksi sanasta sanaan. Tätä kutsutaan litteroinniksi. Näin aineistosta saadaan konkreettista ja helposti lähestyttävää sekä sitä on helppo muokata ja lajitella.

Aineiston analyysi, ja sen pohjalta tehtävä käsitekartta, toimivat apuna uusien toimintatapojen löytämisessä ja kehittelemisessä. Sisällön analyysi on menettelytapa, jonka avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002.)

Laadullisessa tutkimuksessa voidaan lähteä liikkeelle mahdollisimman ”puhtaalta pöydältä” ilman ennakkoasettamuksia tai määritelmiä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa puhutaankin aineistolähtöisestä analyysistä, joka pelkistetyimmillään tarkoittaa teorian rakentamista empiirisestä aineistosta lähtien, ikään kuin alhaalta ylöspäin. (Eskola & Suoranta 2005, 185.)

Laadulliseksi aineistoksi kelpaa kaikki, minkä voi muuntaa tekstiksi. Päiväkirjat, artikkelit, haastattelut, kirjeet, laadullisessa aineistossa tutkimussuunnitelma usein elää tutkimushankkeen mukana. Tämä tarkoittaa sitä, että kvalitatiivisillä menetelmillä saavutetaan ilmiöiden prosessiluonne. (Eskola & Suoranta 2005, 15.) Laadullisissa tutkimuksissa, joissa aineistoa kerätään monissa vaiheissa ja usein rinnakkaisesti eri menetelmin (haastatteluin ja havainnoiden), analyysiä ei tehdä vain yhdessä tutkimusprosessin vaiheessa vaan pitkin matkaa (Hirsjärvi & Hurme 2007, 49).

## 2.6 Kyselytutkimus ja arviointi

Sekä haastattelu että arviointilomake ovat tietoisuuden ja ajattelun sisältöihin kohdistuvia menetelmiä (Hirsjärvi & Hurme 2006, 35). Kotisairaalan henkilökuntaa pyydetään lopuksi arvioimaan kehittämisprojektissa mukana ollutta työryhmää ja sen toimintaa sitä varten laaditulla arviointilomakkeella. Hyvän tieteellisen käytännön mukaista on, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 47.) Näin saadaan arvokasta tietoa työryhmän toiminnasta, missä onnistuttiin ja mitä pitäisi vielä kehittää. Kotisairaalan henkilökunta saa mahdollisuuden samalla antaa palautetta kehittämistoiminnasta nimettömänä. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on myös tärkeää saada tietoa siitä, onnistuttiinko tutkimusmenetelmien valinnassa, olivatko johtopäätökset oikean suuntaisia ja onko tutkimus validi eli pätevä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226.)

### 3 ESPOON KOTISAIRAALA KEHITTÄMISTOIMINNAN YMPÄRISTÖNÄ

Espoon kotisairaala on perustettu vuonna 2001, silloisen Puolarmetsän, nykyisen Espoon sairaalan yhteyteen. Espoon kotisairaala toimii Espoon kaupungin alueella ja tarjoaa määräaikaista, akuuttia sairaanhoitoa potilaan kotona. Espoon kotisairaalan henkilöstöön kuuluu yhdeksän sairaanhoitajaa, terveyskeskusavustaja ja lääkäri. Hoitajat toimivat kolmessa vuorossa, viikon jokaisena päivänä. Kotisairaala on osa Espoon kaupungin vanhuspalveluita, ja se toimii Espoon sairaalan geriatrisen osaston alaisuudessa. Osastoilla on yhteinen osastonhoitaja. Varsinainen hoito tapahtuu potilaan kotona. Kotisairaalan hoitajat liikkuvat kohteisiin leasing- autoilla. Kotisairaalaan hakeudutaan lääkärin läheteellä. Kotisairaala on vaihtoehto vuodeosastolle, perustuen vapaaehtoisuuteen. Kotisairaalan lääkäri päättää viimekädessä voidaanko potilaan hoito toteuttaa kotisairaalaan. Espoon kotisairaalaan hoidetaan potilaita, jotka saavat suonensisäisesti annettavia antibiootteja, kotisairaalaan otetaan verinäytteitä, annetaan verivalmisteita sekä hoidetaan haavoja ja poistetaan ompeleita. Eräs merkittävä potilasryhmä ovat saattohoidettavat potilaat. Kotisairaalan merkitys on korostunut, kun kunnat ovat yhdistäneet kotisairaanhoidon ja kotihoiton yksiköitä. (Espoon sosiaali- ja terveystoimi/ vanhustenpalvelut/ Espoon sairaala 2007, Moniste.)

Espoon kotisairaalaan käytetään kirjaamisessa sähköistä Effic- järjestelmää, jonne sairaanhoitajat kirjaavat tietoja, käyttäen otsikointeja. Samaan aikaan hoitajat ovat edelleen pitäneet suullisia raportteja vuorojen vaihtuessa.

Espoon kotisairaalaan on käytössä sähköinen kirjaaminen ja lisäksi erilaisia tietokantoja, kuten Terveysportti, jota hoitajat käyttävät hankkiessaan ajantasaista ja tutkittua tietoa.

Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen strategiseen linjaukseen 2009- 2015 sisältyvä menestys suunnitelmaan on kirjattu ”päivä paremmaksi palvelulla”- lause, johon sisältyy; asiakaskeskeisyys, osaava ja innovatiivinen henkilöstö, terve talous ja toimivat rakenteet ja prosessit. Strategian tähtäimenä on tuottaa mahdollisimman paljon arvoa käytettävissä olevilla voimavaroilla sekä luoda asiakaslähtöinen ja nykyisiä sekä tulevia tarpeita vastaava joustava ja laadukas palvelukokonaisuus. (Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009- 2015.)

Terveystoimen organisaatiot ovat tähän asti toimineet hyvin pitkälti funktionaalisen ohjausfilosofian mukaisesti siten, että kukin erikoisosaamisen alue on organisoitu omaksi yksikökseen. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että toimintoja johdetaan hierarkkisesti ylhäältä alaspäin. Prosessiorganisaatiossa asiat ryhmitellään niiden prosessien ympärille, jotka tuottavat potilaalle arvoa. Painopiste on kokonaisuuden sujumisessa, ei yksittäisen operaation tehokkaassa tai teknisesti etevimmässä suorituksessa. Prosessiorganisaation mittareina toimivat asiakastytyvyys, joustavuus ja läpimenoajat. ( Lillrank & Parviainen 2005, 35.)

Organisaation on syytä olla vuorovaikutuksessa toimintaympäristönsä kanssa, sillä muutokset toimintaympäristössä vaikuttavat väistämättä organisaatioon. Tämä vuorovaikutus voi muuttaa tai jopa luoda uutta toimintaympäristöä. (Huotari ym. 2005, 60.)

Työyhteisön dynamiikan mahdolliset muutokset tulisi ottaa mahdollisimman hyvin huomioon projektia suunniteltaessa. Sähköisen potilaskertomuksen käytön aiheuttama muutos voi näyttäytyä muutoksena ”asiantuntijavallassa”, näin se voi aiheuttaa jännitteitä moniammatillisessa työyhteisössä ja sen valtasuhteissa. (Eriksson- Piela 2003.) Annikki Jauhiainen (2004) on tutkinut väitöskirjatyössään hoitotyön tulevaisuutta. ”Terveystenhoito on perinteisesti keskittynyt lääketieteelliseen osaamiseen, mutta väestön vanhetessa ja kustannusten noustessa, on terveydenhoito pakotettu tarkastelemaan ja kehittämään prosessejaan”.

Terveystenhoidon organisaatiot ovat tähän asti toimineet hyvin pitkälti funktionaalisen ohjausfilosofian mukaisesti siten, että kukin erikoisosaamisen alue on organisoitunut omaksi yksiköksi. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että toimintoja johdetaan ylhäältä alaspäin. Prosessiorganisaatiossa asiat ryhmitellään niiden prosessien ympärille, jotka tuottavat potilaalle arvoa. Painopiste on kokonaisuuden sujumisessa, ei yksittäisen operaation tehokkaassa tai teknisesti etevimmässä suorituksessa. Prosessiorganisaation mittareina toimivat asiakas tyytyväisyys, joustavuus ja läpimenoajat. (Lillrank & Parviainen 2005, 35.)

## 4 TEOREETTISET PERUSTELUT

### 4.1 Hoitotyö

Virginia Hendersonin (1980) määritelmän mukaan hoitotyön tarkoituksena on auttaa ihmistä, tervettä tai sairasta, kaikissa niissä toiminnoissa, jotka edistävät terveyttä tai toipumista tai auttavat kuolemaan rauhallisesti. Nämä toiminnot ovat sellaisia, jotka hoidettava suorittaisi itse, jos hänellä olisi tarvittava tieto, taito ja voima. Lisäksi sairaanhoitajaa antaa apuaan niin, että autettava ja hänen omaisensa saavuttavat riippumattomuuden mahdollisimman pian. Tähän Hendersonin ajatukseen perustuu myös systemaattisen hoitotyön prosessimallin mukainen Suomalainen hoitotyön luokitus FinCC (Tantt 2009).

#### 4.1.1 Viestintä

Terveystenhoidossa on totuttu pääasiallisesti kirjalliseen viestintään sekä kasvokkainviestintään. Yleisen käsityksen mukaan ryhmän jäsenten fyysinen läheisyys (proximity) parantaa vuorovaikutussuhteita ja edistää ryhmän toimintaa. Pelkkä läsnäolo samassa tilassa samaan aikaan ei kuitenkaan sinänsä riitä tekemään ryhmän työskentelystä

miellyttävää tai tehokasta. Saman pöydän ääreen kokoontuneet neuvottelijat eivät aina tunne olevansa toisilleen läheisiä. Työyhteisön vuorovaikutus voi olla kasvokkaisviestintää, tai esimerkiksi teknologiavälitteistä viestintää (computer mediated communication, CMC). (Huotari ym. 2005.)

Huotarin ym. (2005) mukaan tietointensiivisessä ympäristössä on pystyttävä löytämään olennaista, luotettavaa ja käyttökelpoista informaatiota ja tietoa sekä soveltamaan niitä erilaisissa vaihtuvissa ryhmissä ja toimintaympäristöissä.

Huotari ym. (2005) esittelee tutkimuksen (Kieseler & Cummings 2002.) jonka mukaan kasvokkain tapahtuva työskentely ei ole informatiivisempaa, kuin esimerkiksi teknologiavälitteinen työskentely. Tutkimuksissa on havaittu, että teknologiavälitteinen vuorovaikutus toimii usein yhtä hyvin, ellei jopa paremminkin kuin muunlaiset vuorovaikutustavat.

#### 4.1.2 Hoitotyön kirjaaminen

Kirjaamisella tarkoitetaan Gummeruksen suuren sivistyssanakirjan (2009) mukaan merkitsemistä, pannaan tai viedään kirjaan, kirjoihin, myös luettelointia. Kirjaamisesta käytetään myös englannin kielestä johdettua sanaa dokumentoida (documentation), joka tarkoittaa tuottaa kirjallista materiaalia todisteena tai kerätä ja luokitella kirjoitettua materiaalia jotakin tarkoitusta varten. (Cambridge International Dictionary of English 2006, 246.)

Hoitotyön kirjaamisen rakenteena on Suomessa käytetty Maailman terveysjärjestön (WHO) päätöksenteon prosessimallia jo 1980- luvulta lähtien. Prosessimalli on voitu vaihteistaa kolmeen, neljään tai jopa kuuteen päätöksenteon vaiheeseen toimintaympäristön mukaisesti. Perinteisille paperilomakkeille kirjattaessa prosessimallin rakenne on muodostunut otsikoiden mukaan, joita ovat olleet esimerkiksi ”hoitotyön ongelmat”, ”tavoitteet”, ”toteutus” ja ”arviointi”. (Saranto, Tanttu, Hallila & Sonninen 2008, 13.)

Kansallinen hoitotyön systemaattinen kirjaamisen rakenteinen malli perustuu hoitotyön päätöksen teon prosessiin, jossa tulotilanteessa kerätään potilaasta oleellisia tietoja yhteen jotta voidaan aloittaa hoidon suunnittelu. Hoidon suunnittelun lähtökohtana on potilaan anamneesi, jonka perusteella määritellään potilaan hoidon tarve. Hoidon tarve ohjaa hoidon suunnittelua ja toteutusta, joka lopuksi arvioidaan hoitotyön loppuarviossa. Tavoitteena on määritellä yhdessä potilaan sekä omaisten kanssa potilaan hoitoa kokonaisvaltaisesti, niin että kaikki toimijat toimisivat yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Rakenteiden merkitys on oleellista myös sähköisen kirjaamisen muissa ulottuvuuksissa, kuten tiedonhaussa tai tilastojen luomisessa. Uuteen FinnCC luokitukseen sisältyvät hoidontarvetta määrittelevä SHTaL ja hoidon toteutusta määrittelevä SHToL luokitukset, sekä uusimpana hoidon tuloksen

tilaa kuvaava SHTuL. Näitä luokituksia käytetään, kun määritellään hoitotyön ydintietoja. (Tanttu 2009.)

Tiedolla on suuri merkitys potilaan hoidon järjestämisessä. Terveystieteiden potilastietojen hallinta on kehittynyt laajaksi järjestelmäksi (systeemiksi), johon kuuluvat tietojen tuottamiseen, säilyttämiseen ja jakamiseen tarvittavat välineet, menettelytavat ja ohjeet sekä tietysti ihmiset toimijoina. (Saranto ym. 2008, 12.)

#### 4.1.3 Potilasasiakirjat ja niiden laatiminen

”Potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat sekä lääketieteellisen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat luetaan potilasasiakirjoiksi, samoin kuin muutkin potilaan hoidon, sen järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. Tulevaisuudessa potilasasiakirjojen ydintiedot kirjataan rakenteisina luokitusten avulla tai otsikkotasolla, jolloin tietoa voidaan hyödyntää tiedon myös käsittelemisessä, tiedon jalostamisessa sekä tietojen yhdistämisessä alkuperäisen tiedon kanssa” (STM 298/2009).

Hoitokertomus on hoitohenkilökunnan ja myös muiden ammattiryhmien yhteisesti laatima potilaskertomuksen osa, joka käsittää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. ( STM 298/2009.) ”Sähköinen potilaskertomus pitää sisällään yleiset, lääketieteen erikoisaloittaiset, palvelukohtaiset, perusterveydenhuollon näkymät. Tässä yhteydessä näkymällä tarkoitetaan tietokokonaisuutta, joka liittyy tiedon tiettyyn tieto- / hoitokokonaisuuteen, kuten lääketieteen erikoisalaan, ammattialaan tai palveluun. Hoitotyötä kirjataan hoitokertomus näkymään, joka kuuluu ammatillisiin näkymiin. Vastaavasti kirurgian kirjauskset tehdään erikoisaloittaisien näkymien alle” (virtual.vtt 2009).

Potilaasta laadittujen asiakirjojen käyttöä ja säilytystä määrittää henkilötietolaki. Potilasasiakirjojen tarkoitus on palvella potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta sekä edistää hoidon jatkuvuutta. Terveystieteiden ammattihenkilöiden velvollisuus on merkitä potilasasiakirjoihin niiden käyttötarkoituksen kannalta tarpeelliset tiedot. Potilasasiakirjoja ei saa myöskään myöhemmin, esimerkiksi toimintayksikön lopetettua toimintansa, käyttää taikka muutoin käsitellä vastoin alkuperäistä käyttötarkoitusta. (Henkilötietolaki 75 ja 95.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) velvoittaa terveystieteiden ammattihenkilön laatimaan ja säilyttämään potilasasiakirjat sekä pitämään salassa niihin sisältyvät tiedot. Samainen laki myös määrää, että jokaisesta potilaasta on laadittava



jatkuva, aikajärjestyksessä etenevä potilaskertomus, jonka tietosisältöä ja laatimista ohjaavat sosiaali- ja terveysministeriön asetukset.

Potilaskertomus sisältää tiedot potilaan avohoito- ja kotihoitokäynneistä sekä osastohoito jaksoista tehtävät eri ammattiryhmien merkinnät, joista koostuu jatkuva, aikajärjestyksessä etenevä asiakirja.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (298/ 2009) mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen sekä seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen on syytä olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksyttyjä termejä. Lisäksi todetaan että arkistointipalveluun tallennettavien sähköisten potilasasiakirjojen rakenteissa ja merkinnöissä tulee käyttää Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain mukaisia valtakunnallisen koodistopalvelun hyväksymiä rakenteita.

Potilasasiakirjoihin saa merkitä vain niiden käyttötarkoituksen kannalta tarpeellisia tietoja. Tarpeellisten tietojen laajuus, tarkkuus ja yksityiskohtaisuus voivat vaihdella tilanteen mukaisesti; esimerkiksi mitä vaikeampi ja kriittisempi potilaan tilanne on, sitä tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin tiedot tulee kirjata. Hoidon kannalta tarpeelliset tiedot tulee kirjata potilasasiakirjoihin siinäkin tapauksessa, että potilas kieltää niiden merkitsemisen. Potilasasiakirjamerkintöjä tekevä terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen huolehtimaan tekemiensä merkintöjen oikeellisuudesta ja virheettömyydestä. (STM 298/ 2009.)

#### 4.1.4 Rakenteinen kirjaaminen

”Keväällä 2005 käynnistyneen Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeen (HoiDok) tavoitteina oli kehittää vuoden 2007 loppuun mennessä kansallisesti yhtenäinen, rakenteinen tapa kirjata hoitotyötä, joka perustuu kansallisesti määriteltyihin ydintietoihin, jotka yhdistävät hoitotyön tiedot moniammatilliseen potilaskertomukseen sekä määrittelevät hoitotyön johtamisen perustiedostoa. Suomessa on kehitetty HoiDok - hankkeessa vuosina 2005 - 2008 hoitotyön kirjaamista varten kansallisesti yhtenäinen malli. Rakenteiseen kirjaamiseen käytetään FinCC- (Finnish Care Classification) luokituskokonaisuutta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen koodistopalvelu on määritellyt luokituksille koodit, joiden avulla tiedot tallentuvat sähköiseen tietokantaan. Kansallinen hoitotyön kirjaamisen mallia on viety potilastietojärjestelmiin ja tuettu organisaatioita systemaattisen hoitotyön kirjaamisen käyttöönottoissa HoiData -hankkeessa vuosina 2007-2009” (Tanttu 2009).

”Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaan moniammatillisen hoidon systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa käytännössä potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoitotyön päätöksenteon vaiheiden mukaan (suunnittelu, toteutus, arviointi). Kirjaaminen koostuu rakenteisista ydintiedoista, joita kuvataan termistöillä sekä niitä täydentävistä kertovista teksteistä. Potilastietojärjestelmissä rakenteisuus merkitsee sekä ydintieto/otsikkotason tietoa että luokiteltua tietoa, jota täydennetään vapaalla tekstillä. Lisäksi kirjaamisen tulee olla reaaliaikaista ja jatkuvaa” (STM 298/2009).

#### 4.1.5 Ydintiedot

Ydintiedolla tarkoitetaan oleellisia potilaan terveyden ja sairaanhoitoon liittyviä faktoja.

Ydintiedoilla kuvataan suunniteltua tai toteutunutta potilaan hoitoa. Yksi sähköisen potilasasiakirjan peruskäsitteistä on rakenteisten ydintietojen käsite.

Ydintietojen perustana on paperisten sairaus ja terveystietojen sisältämät keskeiset hoitotiedot sekä sähköisen potilaskertomuksen aikaisemmat tietomäärittelyt. Rakenteisilla ydintiedoilla tarkoitetaan kaikkia potilaan keskeisiä terveyden- ja sairaudenhoidon tietoja, jotka on ohjelmistoissa kuvattu yhtenevällä määrymuotoisella tavalla ja jotka tulee tarpeen vaatiessa pystyä siirtämään standardisoitujen määräysten mukaisesti eri tietojärjestelmästä toiseen. Rakenteiset ydintiedot voidaan jakaa 1) hallinnollisiin tietoihin ja 2) potilaan hoitoprosessin tietoihin. Potilaan hoitoprosessissa tarvittavien ydintietojen pääelementit ovat ongelmat ja diagnoosit, terveyteen vaikuttavat tekijät, fysiologiset mittaukset, hoitotyö, tutkimukset, toimenpiteet, lääkehoito, lausunnot, toimintakyky, apuvälineet, elinluovutuskortti, hoitotahto, yhteenveto, jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot sekä suostumus. ”Kyseessä on valtakunnallinen standardisointihanke, joka on välttämätön tietojärjestelmien toiminnan kannalta” (kanta 2009).

”Kansallisesti määritellyillä hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Näitä tietoja kuvattaessa käytetään hoitotyön luokituksia” (Tanttu 2009).

#### 4.1.6 Kansallinen yhtenäisen kirjaamisen malli

Alun perin Sosiaali- ja terveys ministeriö edellytti, että vuoden 2007 loppuun mennessä on kaikissa sähköisissä potilasasiakirjajärjestelmissä otettava käyttöön ydintietomäärittelysten mukaiset tietorakenteet. (STM työryhmämuistioita 2004:18.)

Kansallisen kirjaamisen mallissa tietojärjestelmien tulee käyttää kansallisesti määriteltäviä rakenteisia tietoja, jotka perustuvat kansallisesti hyväksyttyihin termeihin, luokituksiin ja koodistoihin. Sähköisten potilaskertomusten tulee tuottaa tiedot eri tasolla tapahtuvaan johtamiseen, ohjaamiseen ja seurantaan sekä tilastoviranomaisten edellyttämät tiedot niin

että määrittelyt, luokitukset ja käsitteet ovat yhtenäiset ja niiden lähteenä on aina sama perustieto. (THL 2009.)

”Yhtenäinen, systemaattinen kirjaamisen (Kuvio kolme) malli on kehitetty HoiDok -hankkeessa vuosina 2005 - 2008. Hoitotyön ydintiedot (hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenvedo) kirjataan rakenteisesti hankkeessa kehitettyä Finnish Care Classification luokituskokonaisuutta (FinCC) käyttäen. FinCC luokituskokonaisuus pitää sisällään hoitotyön tarpeen määrittelyn- (SHTaL), hoitotyön toteutuksen- (SHToL) ja tulosten- (SHTuL) luokitukset, jotka jakautuvat alaotsikoihin ja vapaaseen tekstikenttään” (vsshp 2009).

### HOITOTYÖN SYSTEMAATTINEN KIRJAAMINEN

Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen

Näkymä : Hoitokertomus = HOKE

Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjautuminen

Rakenteistaminen	Moniamm. hoitoprosessin eri vaiheet	Tulotilanne	Hoidon suunnittelu			Hoidon toteutus	Hoidon arviointi		
	Hoitotyön prosessin vaiheet	Tietojen keruu ja analysointi*	Hoidon tarpeiden määrittely ja priorisointi	Tavoitteiden asettaminen	Suunnitellut toiminnot tavoitteiden saavuttamiseksi	Hoitotyön toiminnot / toteutus	Hoidon tulokset	Hoitotyön yhteenvedo	
	SHTaL ja SHTuL (Hoidon tarveluokitus ja hoidon tuloksen tila-luokitus)	-	SHTaL ja varmuusaste (+ mittari esim.VAS, GAF)	SHTaL	-	-	SHTaL ja SHTuL (+ mittari VAS, GAF)	Koostetaan hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön	
	SHToL ja SHTuL (Hoitotyön toimintoluokitus ja hoidon tuloksen tila-luokitus)	-	-	-	SHToL	SHToL ja mittari (esim. VAS,GAF)	SHToL ja SHTuL (+ mittari VAS, GAF) **	prosessi/ydin - tiedoista ja tarv. täydennetään rakenteisilla tiedoilla (luokitus + vapaa teksti) Hoitoisuus-luokkatieto numeerisena ja sanallisena.	
	Hoitotyön ydintiedot	Moni-ammattil-lisia ydin-tietoja*	Hoidon tarve			Hoitotyön toiminnot	Hoidon tulokset	Hoitotyön yhteenvedo	Hoitoisuus **

\*Ydintiedoista saadaan osa hoitotyön tarvitsemista tiedoista kuten henkilötiedot, riskitiedot, hoidon syy, lääkehoito, lääketieteellinen diagnoosi, tutkimukset, toimenpiteet, toimintakyky ja apuvälineet.

\*\* Hoitoisuusmittaus tehdään prosessin kohdassa arviointi ja käytetään mittareita: OPC (Oulu Patient Classification) tai OPCq (Rafaela) päivitetty 080908 K.Tanttu

Kuvio 3. Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen.

#### 4.2 Hoitotyön raportointi

Raportointi on sairaalassa perinteinen tapa jakaa tietoa, kun päättyvän vuoron sairaanhoitaja tiedottaa vuoroon tulijoille osastolla olevien potilaiden sairauteen, vointiin ja hoitoon liittyvistä seikoista. (Puumalainen, Långstedt & Eriksson 2003.)

Hoitotyön jatkuvuuden takaamiseksi raportoidaan tapahtumista potilaanhoidossa aina kirjallisesti (Henkilötietolaki). Raportoinnin tarkoituksena on välittää eteenpäin potilaan hoidon kannalta oleellisia asioita. Henkilötietolaki (7 ja 9 §) myös edellyttää että

terveydenhuollon ammattihenkilöt merkitsevät potilasasiakirjoihin niiden käyttötarkoituksen kannalta tarpeelliset tiedot. (Finlex 2009.)

Kirjallinen raportointi on lakisääteistä toimintaa, jonka lisäksi kotisairaalan työntekijät raportoivat myös suullisesti vuorojen vaihtuessa. Tällaista käytäntöä on pidetty hyvänä, eikä sitä ole juurikaan kyseenalaistettu. Tätä menettelyä on kuitenkin viime vuosina alettu tarkastella kriittisesti, sillä se on keskeinen osa hoitajien työtä ja siihen kuluu paljon työaika. Raportoinnin merkityksen kyseenalaistaminen on noussut pinnalle, kun on jouduttu miettimään hoitotyön kustannuksia. Raportointi tilaisuuden järjestämisestä ei myöskään ole olemassa minkäänlaista kansallista ohjeistusta, raportoinnissa voi siksi tapahtua virheitä. Raportit katsotaan olevan osa välillistä hoitoa, niihin kuluu yhteensä noin 30- 50 % hoitohenkilökunnan kokonaistyöajasta. (Puumalainen ym. 2003.)

Australiassa hallitus on perustanut komission, jonka tarkoituksena on parantaa terveyden huollon laatua ja turvallisuutta (Australian commission on safety and quality in health care). Komissio on julkaissut oppaan (OSSIE), jonka tarkoituksena on opastaa henkilökuntaa parantamaan mm. raportointi käytäntöjä. Raportointi käytäntöjä voi olla useita, mutta niihin liittyvä riskit ovat samoja. (Ossie 2009.)

Vuosien 2005- 2008 aikana tehdyssä pilottitutkimuksessa, (Yee, Wong & Turner 2008) todetaan raportoinnin olevan suuri riski potilaille ja raportointi käytäntöihin tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Suullisesti tietoja siirrettäessä on olemassa inhimillisen virheen mahdollisuus, jonka seuraukset voivat olla potilaan kannalta kohtalokkaita.

Australialaisen tutkimuksen (Sexton 2004) mukaan; 84,6 % raportista sisälsi tietoja, jotka voitiin löytää myös potilaan kirjallisesta hoitokertomuksesta. 9,5 % raportoinnin sisällöstä ei koskenut potilaita tai heidän hoitoaan. Raportointi tilaisuuden sisällöstä 5,9 % koski osaston hallinnollisia, tai sellaisia hoidollisia seikkoja joita ei kirjata potilaiden papereihin.

#### 4.3 Hiljainen raportointi

Hiljainen raportti, hiljainen tiedonsiirto, kirjallinen raportointi, silent report, clinical handover tai silent handover kuvaavat samaa tapahtumaa.

Bergenin yliopiston julkaisemassa Brit Bøn ( 2007 ) tutkimuksessa määritellään hiljainen raportointi ( silent report ). Hiljainen raportointi nähdään individualistisena prosessina, se on uudenlainen tapa raportoida. Sen tarkoituksena on parantaa hoitotyön kirjaamista, tehostaa organisaation toimintaa ja lisätä suunnitelmallisuutta sekä säästää aikaa. Käytännössä hoitajat eivät kokoonnu yhteiseen raportointi tilaisuuteen, vaan hankkivat itsenäisesti tarvitsemansa potilastiedot tietokannoista.

Helsingin lasten ja nuorten sairaalassa osastolla K10 tehdyn kirjaamisen kehittämisen projektin seurauksena osastolla siirryttiin suullisesta raportoinnista kirjalliseen raportointiin. Osastolla suoritettujen tutkimusten perusteella kävi ilmi, että henkilökunnalta kului tiedottamiseen 17 tuntia vuorokaudessa, joista seitsemän tuntia kului raportointiin. Siirryttäessä kirjalliseen raportointiin väheni raportointiin käytetty aika 3,5 tunnilla. Lisäksi henkilökunta katsoo kirjaamisen parantuneen, he kokevat saaneensa enemmän aikaa tutustua potilaskertomuksiin ja enemmän aikaa potilastyöhön. (Hallila 2005, 127.)

Puumalainen ym. (2003) toteutti kehittämisprojektin raportointikäytännön muutoksesta HUS:n Meilahden sairaalan seitsemällä sisätautien vuodeosastolla. Sen tavoitteena oli korvata perinteinen raportointikäytäntö pääsääntöisesti kirjallisella tiedon siirrolla työvuorojen vaihtuessa ja vähentää näin suulliseen tiedottamiseen käytettävä aikaa.

Puumalaisen ym. (2003) saamien tutkimustulosten mukaan hoitajat kokivat kirjaamisen parantuneen ja potilaiden hoitoon käytetyn ajan lisääntyneen. Raportointikäytännön muutoksen myötä hoitajat kokivat myös itsenäisten päätösten lisääntyneen. Lisäksi hoitajat ottivat aikaisempaa enemmän huomioon potilaan oman näkökulman heitä koskevassa päätöksenteossa. Tutkimuksesta ilmeni, että kirjallisen raportointikäytännön muutoksen jälkeen hoitotyön kirjaamiseen käytetty aika lisääntyi ja suulliseen tiedottamiseen käytetty aika vähentyi.

#### 4.4 Näyttöön perustuva hoitotyö

Näyttöön perustuvassa hoitotyössä tutkimustiedon laadun arviointi on keskeistä. Tällöin niin sanotusti paras tieto pyritään saamaan toimintojen perustaksi. Tieto voi olla tutkimustiedon puutteessa muutakin tietoa, esimerkiksi laadunvarmistuksessa saatua tietoa tai vaikkapa asiantuntijoiden yksimielisyys asiasta eli konsensus. (Hallila 2003.)

Näyttöön perustuvan hoitotyön (evidence based nursing) käsitettä on muotoiltu näyttöön perustuvan lääketieteen (evidence based medicine) käsitteestä. Näyttöön perustuvan lääketieteen ideologiasta puhuttiin jo 1950- luvulla, mutta tarkemmin käsite määriteltiin vasta viime vuosikymmenellä. Näyttöön perustuvalla lääketieteellä tarkoitetaan viimeisimmän ja parhaan näytön täsmällistä ja järkevää käyttöä tehtäessä potilaan hoitoa koskevia päätöksiä. Parhaaseen systemaattiseen näyttöön, jolla ensisijaisesti tarkoitetaan toistettavissa olevista kontrollitutkimuksista saatua tietoa, yhdistetään kliininen ammattitaito ja potilaan toiveet. French on määritellyt näyttöön perustuvan toiminnan (evidence based practice), joka sisältää myös hoitotyön, olevan tieteellisesti tuotetun näytön ja asiantuntijan

käytännön tiedon, hiljaisen tiedon (tacit knowledge) yhdistämistä ja hoidon muuttamista potilaan etujen saavuttamiseksi. (Lauri ym. 2000.)

Työyhteisöjen ja yksilöiden toiminnassa tiedontarpeen tunnistaminen johtaa usein informaation tai tiedon hankintaan. Työyhteisössä tietoa tai informaatiota käytetään etenkin silloin, kun niitä sovelletaan ongelmanratkaisuun ja päätöksentekoon sekä kun luodaan uutta tietoa. Työyhteisöt harvemmin toimivat tyhjiössä, siksi niiden menestyminen vaatii jatkuvaa vuorovaikutusta toimintaympäristönsä kanssa jotta ne voisivat oppia kuinka niiden toimintaa tulisi kehittää ja sopeuttaa. (Huotari ym. 2005.)

Espoon kaupungin ikääntymispoliittisiin linjauksiin vaikuttavat hallitusohjelma, valtakunnalliset linjaukset ja Laatusuositus, Espoo- strategia, kaupungin arvot, tutkittu tieto, toimintaympäristön muutokset ja espoolaisten tarpeet. (Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009- 2015.) Jauhiaisen (2004) mukaan hoitotyön toimintoja pitää kehittää siten, että tieto- ja viestintätekniikka auttaa ja nopeuttaa niin sanottujen rutiiniasioiden hoitamista sekä antaa mahdollisuuksia vaihtoehtoisten palvelujen tuottamiseen niitä haluaville. Tällöin hoitotyöntekijälle jää aikaa inhimilliseen vuorovaikutukseen potilaan kanssa.

#### 4.5 Hoitotyön päätöksenteko

Päätöksenteko on osa jokapäiväistä elämäämme. Jokainen tekee jatkuvasti erilaisia päätöksiä, jotka voivat olla tietoisia tai tiedostamattomia. Päätökset syntyvät ajatteluprosessin tuloksena. Päätöksenteon sisällöllisen perustan muodostaa päätöksentekijän tieto käsiteltävästä aiheesta. (Lauri ym. 1998, 9.) Hoitotyön päätöksenteko voidaan nähdä prosessinomaisesti etenevänä ja lopputulokseen päätyvänä kognitiivisena toimintana, jossa sairaanhoitaja tekee kliinisessä työssään ratkaisun erilaisten vaihtoehtojen välillä. Päätöksenteko on siis valinnan tekemistä tilanteessa, jossa päätöksentekijällä on syy ja vapaus tehdä päätös valitsemalla jokin olemassa olevista vaihtoehtoista. (Hopia ym. 2007, 26.)

Käytännössä näyttöön perustuva hoitotyö on prosessi, jonka avulla hoitohenkilökunta tekee päätöksiä potilaan hoidossa. He käyttävät päätöksenteossa tutkittua tietoa, omaa asiantuntijuuttaan ja potilaiden mielipiteitä olemassa olevien resurssien puitteissa. Hoitajien hyväksikäyttämä tietopohja erilaisissa potilaan hoitoa koskevissa tilanteissa on kuitenkin paljon laajempi kuin vain tutkimusperustainen tieto tai koulutuksen antama tieto. He käyttävät joko tietoisesti tai tiedostamattaan hyväkseen kokemuksiaan ja henkilökohtaista intuitiotaan. Voidaan siis sanoa, että hoitajat tarvitsevat hoidollisessa päätöksenteossaan sekä ongelmanratkaisuun pyrkivää analyttistä ajattelua että intuitiivista ajattelua ja näiden yhdistelmiä. (Lauri ym. 2000.)

Hoitotyön päätöksen tekoa ohjaa hoitotyön prosessin mukainen rakenne; hoitotyön tarpeen määrittely, suunnittelu, toteutus ja tulosten arviointi. Tämä prosessi kaikkine vaiheineen ja perusteluineen tulisi näkyä hoitotyön kirjaamisessa. Hoitotyön päätöksenteon prosessi on perustana kansallisen hoitotyön systemaattisen kirjaamisen mallille. (Hopia ym. 2007, 26.)

## 5 KEHITTÄMISTOIMINNAN TOTEUTUS KOTISAIRAALASSA

### 5.1 Nykytilanteen kuvaus

Juurruttamisen ensimmäisen kierroksen tarkoitus on kuvata hoitotyön kirjaamisen nykytilaa käyttämällä tutkimuksellisia menetelmiä. Siksi Joulukuussa 2008 olin aloittanut kotisairaalan toimintaan ja työryhmään tutustumisen, menemällä paikanpäälle esittäytymään.

Tarkoituksena oli saada tietoa kotisairaalan arjesta sekä lisätä käytännön ymmärrystä kotisairaalan raportoinnista sekä kirjaamisen käytännöistä. Laadullisissa hankkeissa, joissa aineistoa kerätään pitkin matkaa ja rinnakkaisesti eri menetelmillä, analyysiä tapahtuu koko ajan. (Hirsjärvi ym. 2007.) Ensimmäisessä tapaamisessa olimme keskustelleet osastonhoitajan ja tulevien työryhmäläisten kanssa hankkeesta ja sen mahdollisesti mukanaan tuomista haasteista sekä mahdollisista hyödyistä ja haitoista. Ensitapaamisen perusteella työryhmä vaikutti motivoituneelta ja oli ilmeistä, että hankkeeseen tultaisiin sitoutumaan monella tasolla, sillä sitä pidettiin hyvin tarpeellisena. Tapaamisessa sovittiin myös kotihoidon työharjoittelusta jonka suoritin Kotisairaалassa keväällä 2009. Aineiston keräämisen kannalta tämä harjoittelu mahdollisti kattavan näkemyksen Kotisairaalan toiminnasta ja helpotti kehittämiskohteen ymmärtämistä. Toinen työryhmän jäsenistä toimi harjoittelun ohjaajana, tästä seurasi tiivis vuorovaikutus työryhmän kesken. Ehkä juuri tästä syystä me emme kohdanneet hankkeen aikana väärinkäsityksiä. Myös juurruttamisen kannalta oleellinen vuorovaikutuksellinen ympäristö toteutui parhaalla mahdollisella tavalla.

Tammikuussa 2009 olin saanut projektisuunnitelman valmiiksi ja lähetin sen työryhmälle kommentoitavaksi. Projektisuunnitelmaan oli kirjattu hankkeen teoreettiset perustelut, joiden pohjalta hanke olisi tarkoitus toteuttaa. Hankesuunnitelman ensimmäinen versio esiteltiin myös ohjaajille, ja saadun palautteen perusteella sitä paranneltiin.

Tammikuussa 2009 toteutettiin myös kahden Kotisairaalan sairaanhoitajan avoin teemahaastattelu, jonka tarkoituksena oli selvittää kotisairaalan kirjaamisen nykytilaa tieteellisin menetelmin. Haastattelusta oli sovittu viikkoa aikaisemmin, ja samassa yhteydessä oli kerrattu haastattelun tarkoitusta ja toteutusta. Haastattelu järjestettiin osastonhoitajan huoneessa, paikalla oli kaksi sairaanhoitajaa sekä allekirjoittanut.

Haastattelussa ei käytetty valmiita kysymyksiä, vaan kyseessä oli teemahaastattelu, joka tallennettiin digitaaliseen muotoon.

Haastattelusta kertyi materiaalia 27 minuuttia. Litteroin tallenteen sisältämän materiaalin, jolloin tuloksena oli viisi sivua tekstiä rivivälillä 1.5. Litteroidusta tekstistä eriteltiin kirjaamista ja raportointia kuvaavat lauseet. Nämä lauseet jaettiin sen mukaan, kuvaavatko ne positiivisia vai negatiivisia tunteita tai asioita.

Nykytilanteen kuvaus sisältää myös prosessikaavion (Liite 6.), joka kuvaa kotisairaalan kirjaamisen nykytilaa. Prosessikaaviosta käy ilmi, että kirjaaminen on keskeinen osa kotisairaalan hoitajan työtä ja että se perustuu hoitotyön prosessiin.

Tammikuussa 2009 työryhmä osallistui työpajaan, jonka aiheena oli hoitotyön prosessin kirjaaminen ja juridiikka. Näitä työpajoja järjestettiin kevään aikana yhteensä neljä kappaletta. Niiden tarkoituksena oli harjaannuttaa työryhmän jäseniä rakenteisen kirjaamisen perusteisiin. Samalla työryhmä sai tilaisuuden tarkastella omia kehittämishankkeitaan ja vertailla niitä paikallisesti, sekä saivat ohjaajilta ohjeita työskentelyn jatkamiseksi. Ensimmäisessä pajassa työryhmän työntekijä jäsenet saavat tehtäväkseen valmistaa Helmikuuun mennessä case- tapauksen, jonka avulla harjoitellaan rakenteista kirjaamista. Alun perin kotisairaalan henkilökunta oli hyvin perillä rakenteisen kirjaamisen ideasta, koska heillä on käytössä Effica- tietojärjestelmä, johon hoitotyön toiminta dokumentoidaan. Työpajoja pidettiin tärkeinä, koska hankkeen edetessä kävi selville se, kuinka suuri muutos sähköiseen rakenteiseen kirjaamiseen siirtyminen valtakunnan tasolla on. Hoitajat kokivat tärkeäksi että he saavat jo nyt koulutusta ja voivat edistää oman yksikkönsä osaamista. Loppuarvioinneista päätellen myös muut kotisairaalan hoitajat olisivat mielellään osallistuneet koulutuksiin. Resursoinneista johtuen oli sovittu, että työryhmän jäsenet pitävät osastolla sisäisiä koulutuksia ja näin jakavat saamaansa uutta tietoa.

## 5.2 Prosessikuvaus nykytilanteesta

Juurruttamisen prosessin toiseen kierroksen mukaisesti litteroitua haastattelu materiaalia ryhmiteltiin työryhmässä sisältöä analysoiden. Tekstistä muodostettiin käsitekartta (liite 2.). Käsitekartta luotiin pilkkomalla kotisairaalan hoitotyön prosessi osiin ja tarkastelemalla prosessia ja sen osia kirjaamisen näkökulmasta.

Tekstistä voitiin selkeästi havaita kolme teemaa, jotka hoitajat kokivat ongelmallisiksi. Ensimmäiseksi kävi ilmi, että kirjaamisen toteuttamiseksi kaikissa tilanteissa ei ole selkeitä ohjeita ja siksi esiintyy jonkin verran päällekkäistä kirjaamista. Hoitajia vaivasi epätietoisuus siitä, miksi he kirjaavat mm. syöpäpotilaiden tietoja hoito- lehdelle sekä geriatrian- lehdelle. Oletettavasti tämä johtuu tietokoneohjelman rakenteesta, enemmän kuin väärästä toimintatavasta tai ohjeistuksesta. Joskin ohjeistusta olisi syytä tarkentaa ja päivittää. Lisäksi hoitajien haastattelusta kävi ilmi, että tila missä kirjaaminen tapahtuu, on kaikille yhteinen osaston kanslia, joka on rauhaton paikka keskittymistä vaativan tehtävän suorittamiseen. Kirjaamisen koettiin vievän muutenkin kohtuuttomasti aikaa ja sen



kuormittavuutta lisää edelleen levoton ympäristö. Kirjaamisen merkitys kyllä ymmärrettiin, mutta toivottiin että kirjaaminen olisi mahdollista voida tehdä rauhassa ja huolellisesti, ilman kiirettä ja keskeytyksiä. Tätä havaintoa on syytä pitää kriittisenä kohtana potilaan hoidon kannalta, sillä inhimillisen virheen mahdollisuus voi lisääntyä rauhattomassa ympäristössä.

Kolmantena seikkana nousi esiin päällekkäinen raportointi. Kun hoitajat ovat kirjanneet tiedot järjestelmään vuoronsa lopuksi, alkaa vuorovaihteen raportointi tilaisuus, jossa kerrotaan juuri kirjatut asiat suullisesti lääkärille sekä muille vuoroon tuleville hoitajille. Tätä hoitajat pitivät seikkana, jota kannattaisi kehittää. Kotisairaalan luonteesta johtuen hoitajat ovat harjaantuneet kirjaamaan potilaan hoidon niin hyvin, että lääkäri voi tehdä lääketieteellisiä päätöksiä näkemättä potilasta. Tässä valossa olikin ymmärrettävää että hoitajia turhautti pitää suullisia raportteja, tähän asiaan haluttiin muutosta.

### 5.3 Prosessi kuvauksen vertailu tutkittuun tietoon

Helmikuussa työryhmä järjesti osastotunnin, jossa esiteltiin projektia ja sen senhetkistä tilannetta. Osastotunnille osallistui kotisairaalan sairaanhoitajat sekä osastonhoitaja. Kotisairaalan lääkäri ei osallistunut koulutuksiin tai osastotunneille. Tämä ei edistänyt uuden toimintatavan juurtumista Kotisairaalaan, koska moniammatillisessa tiimissä lääkärillä on tärkeä rooli.

Viimein helmikuun lopussa syntyi lopullinen päätös ottaa hiljainen raportointi kehittämiskohteeksi. Päällimäisenä perusteena päällekkäisyyksien karsiminen sekä hoitajien työn joustavuuden lisääminen. Muita esiin nousseita kehittämiskohteita, kuten levotonta ympäristöä ja epäselviä ohjeita, pidettiin enemmän hallinnollisena pulmana kuin kotisairaalan hoitotyön kehittämisen keihäänkärkenä.

Tiedonkäsittelyn kolmannella kierroksella, kun kehittämiskohde oli rajattu, alettiin hakea tutkittua tietoa kehittämis kohteesta. Tietoa haettiin Internetistä sekä useista kirjastoista pääkaupunkiseudulta. 2000- luvulla tehtyjen tutkimusten, opinnäytetöiden, raporttien ja oppaiden viesti oli melko selkeä; raportointi on potilaan hoidon kannalta kriittinen vaihe, johon tulee kiinnittää erityistä huomiota. (Sexton 2004). Suullisesta raportoinnista luopuminen parantaa kirjaamisen laatua sekä vähentää inhimillisten virheiden mahdollisuutta ja lisää mm. potilaiden hoitoon käytettävää aikaa. (Puumalainen 2003). Australian hallitus on julkaissut OSSIE- guide nimisen oppaan, jonka tarkoituksena on parantaa raportointikäytäntöjä. Oppaassa esitetyjen tutkimuksien mukaan potilaan hoidon jatkumisen kannalta raportointi on kriittinen kohta, myös valitukset huonosta hoidosta on voitu kohdentaa juuri tiedonkulun heikkouksiin. Oppaassa esitellään prosessikaavio nimeltään HAND ME AN ISOBAR, kaavion nimen jokainen kirjain edustaa yhtä yksityis kohtaa raportoinnin

prosessissa; H= Hey, it is handover time, an important clinical task. A= Allocate staff for continuity of patient care. (Ossie 2010.)

#### 5.4 Uusi toimintatapa

Työryhmän ehdotti että hoitajat luopuisivat suullisesta raportista asteittain. Työryhmän työntekijä jäsenet olivat hahmotelleet mallia, joka asteittain vähentäisi yhteisiä raportteja. Tässä mallissa työntekijät saapuvat työpaikalle portaistetusti ja hankkivat omista potilaistaan tarvittavat tiedot effica- järjestelmästä, sekä täydentävät tietojaan tarpeen mukaan, esimerkiksi konsultoimalla lääkäreitä. Näin lääkäri saa suullista tietoa hoitajilta ja hoitajat voivat syventää tietojaan niistä potilaista, joita he kulloisessakin vuorossa hoitavat. Työryhmä päätyi lopputulokseen, että kirjaamisen kehittyminen voi tulevaisuudessa johtaa jopa siihen, että kaiken tarvittavan tiedon saa effica- järjestelmästä, jolloin itsenäisestä tiedonhankinnasta ja päätöksenteosta kehittyä autonominen prosessi. Riippuvuus muiden henkilöiden läsnäolosta vähenee ja henkilökunta voi itsenäisesti organisoida työtään. Mikäli hoitajien välillisiin hoitotoimenpiteisiin käyttämä aika vähenee, lisääntyy muuhun työhön käytettävissä oleva aika. Tästä voisi olla seurauksena kotisairaalan kapasiteetin kasvu, joka käytännössä näkyy käyttöasteen positiivisena muutoksena. Kun siis aikaisemmin työvuorossa ehdittiin hoitaa kahdeksan potilasta niin tulevaisuudessa, joustoa lisäämällä ja päällekkäisyyksiä karsimalla, saatetaan pystyä hoitamaan useampia potilaita.

#### 5.5 Tuotos ja uuden toimintatavan juurruttaminen

Viidennellä tiedonkäsittelyn kierroksella sovittiin uuden mallin käyttöönotosta, sekä sovittiin sen arvioinnista tulevaisuudessa. Osastonhoitaja ja yksi sairaanhoitajista ottavat vastuulleen kehitys hankkeen seurannan ja arvioinnin järjestämisen. Kehittämishankkeen kannalta on oleellista että sen etenemistä seurataan määräajoin ja sen vaikutuksia mitataan monipuolisesti. Tästä saatava tieto on käyttökelpoista, kun halutaan tietoa sen vaikuttavuudesta, tai kun seuraavia kehittämis hankkeita suunnitellaan. (Ahonen ym. 2007.)

Työryhmän jäsenet osallistuivat hankkeen aikana järjestettyihin koulutuksiin, joista saamaansa uutta tietoa levitettiin työyhteisöön erityisillä hankkeeseen keskittyvillä osastotunneilla. Osastotunneilla käytiin läpi rakenteista kirjaamista sekä sen mahdollisesti mukanaan tuomia hyviä ja huonoja puolia. Osastotunneilla työyhteisö osallistui uuden toimintamallin kehittämiseen keskustelemalla uuden toimintamallin käyttöönottoon liittyvistä seikoista ja arvioimalla sen käytännön vaikutuksia oman työhönsä. Osastonhoitaja osallistui myös muutamille osastotunneille, hän myös mahdollisti osastotuntien järjestämisen sekä oli työyhteisön ja työryhmän tukena koko prosessin ajan.

Uuden toimintatavan edut esiteltiin osastotunnilla henkilökunnalle (liite 3.) nelikenttänä, jonka laatimiseen työryhmä paneutui syksyn 2009 aikana. Nelikentässä ilmenevät asiakaskeskeisyys, taloudellisuus, osaava- ja innovatiivinen henkilöstö sekä toimivat rakenteet ja prosessit ovat osa Espoon kaupungin menestys strategiaa. Lähtökohtana on asiakaskeskeisyys, eli hoidettava henkilö on avain asemassa. Hoidettava henkilö on todennäköisesti tyytyväinen kun hoito etenee suunnitelman mukaan. Hyvin kirjattu hoitosuunnitelma helpottaa hoitajien työtä ja päivitetty hoitosuunnitelma nopeuttaa kirjaamista sekä hoitotyön suunnittelua. Näin saadaan aikaan toimivat rakenteet ja prosessit. Välillisen työn väheneminen tuo enemmän aikaa varsinaiseen hoitotyöhön, joka tarkoittaa käytännön resurssien lisääntymistä. Näin syntyy taloudellinen vaikuttavuus, jonka saa aikaiseksi osaava ja innovatiivinen henkilökunta.

**Kuvio 4. Nelikenttä.**

<b>ASIAKASKESKEISYYS</b> -Potilaan kanssa tehty hoitosuunnitelma löytyy aina kirjattuna. -Hoidon jatkuvuus on sujuvaa, vuorojen vaihdosta huolimatta. -Potilaat ovat tyytyväisiä, koska hoito etenee suunnitelman mukaan.	<b>TALOUDELLISUUS</b> -Vapautuu enemmän aikaa potilastyöhön. -Tuottavuus lisääntyy. -Ajantasaiset hoitosuunnitelmat tehostavat tarkoituksenmukaista hoitoa.
<b>OSAAVA JA INNOVATIIVINEN HENKILÖKUNTA</b> -Kirjaaminen tehostuu ja tarkentuu. -Aiemmin laadittuja kriteerejä on ja ne ovat käytössä. -Rakenteisenkirjaamisen oppimiseksi tulossa osastotunteja ja pienryhmä työskentelyä.	<b>TOIMIVAT RAKENTEET JA PROSESSIT</b> -Uuden toimintamallin myötä työajan käyttö tehostuu. -Raportointiin käytettävä aika vähenee ja raportointi keskittyy vain oleelliseen. -Hoitajien siirtyminen potilaiden luo sujuvampaa.

Osastotuntien seurauksena työyhteisö päätti keskuudessaan, että siirtyminen hiljaiseen raportointiin tapahtuisi asteittain, siten että ensimmäisessä vaiheessa luovutaan yhteisestä aamuraportista ja työpaikalle saavutaan portaistetusti. Iltapäivän ja illan raporteista ei kuitenkaan haluttu ensivaiheessa luopua, koska vanhasta käytännöstä luopuminen koettiin vaikeaksi eikä uuden mallin toimivuudesta ollut kokemusta.

Keväällä 2009 työryhmä arvioi että uuden mallin käyttöönotto tulisi ajankohtaiseksi kesälomien jälkeen. Käytännössä malli otettiin asteittain käyttöön vuodenvaihteessa.

	AAMU	ILTA	YÖ
SH 1	07.15	13.15	21.00
SH 2	07.45	13.15	21.00
SH 3	08.00	13.15	21.00
HS 4	08.15	13.15	21.00

**Kuvio 5. Uuden mallin mukainen liukuva aamuvuoro.**

Yllä olevassa taulukossa on kuvattu uudenmallin mukaista sairaanhoitajien työhön saapumista kaavion muodossa. Aikaisemmin hoitajat olivat saapuneet työpaikalle Klo: 08.00, jolloin yhteinen aamuraportti alkoi. Nyt hoitajat saapuvat työpaikalle yllä olevan kaavion mukaisesti. Hoitajat myös lähtevät kierroksilleen tapaamaan potilaita oman aikataulunsa mukaisesti. Riippuvuus muista hoitajista vähenee ja oman työn organisointi helpottuu.

Espoon kotisairaalassa päätettiin muuttaa totuttua tapaa viestiä, kun siihen annettiin mahdollisuus ja sille esitettiin perustelut. Uudessa joustavammassa mallissa yhteisistä raporteista luovutaan. Hoitajat saapuvat työpaikalle portaistetusti ja hankkivat itsenäisesti tiedot niistä potilaista joista kulloinkin tietoja tarvitsevat.

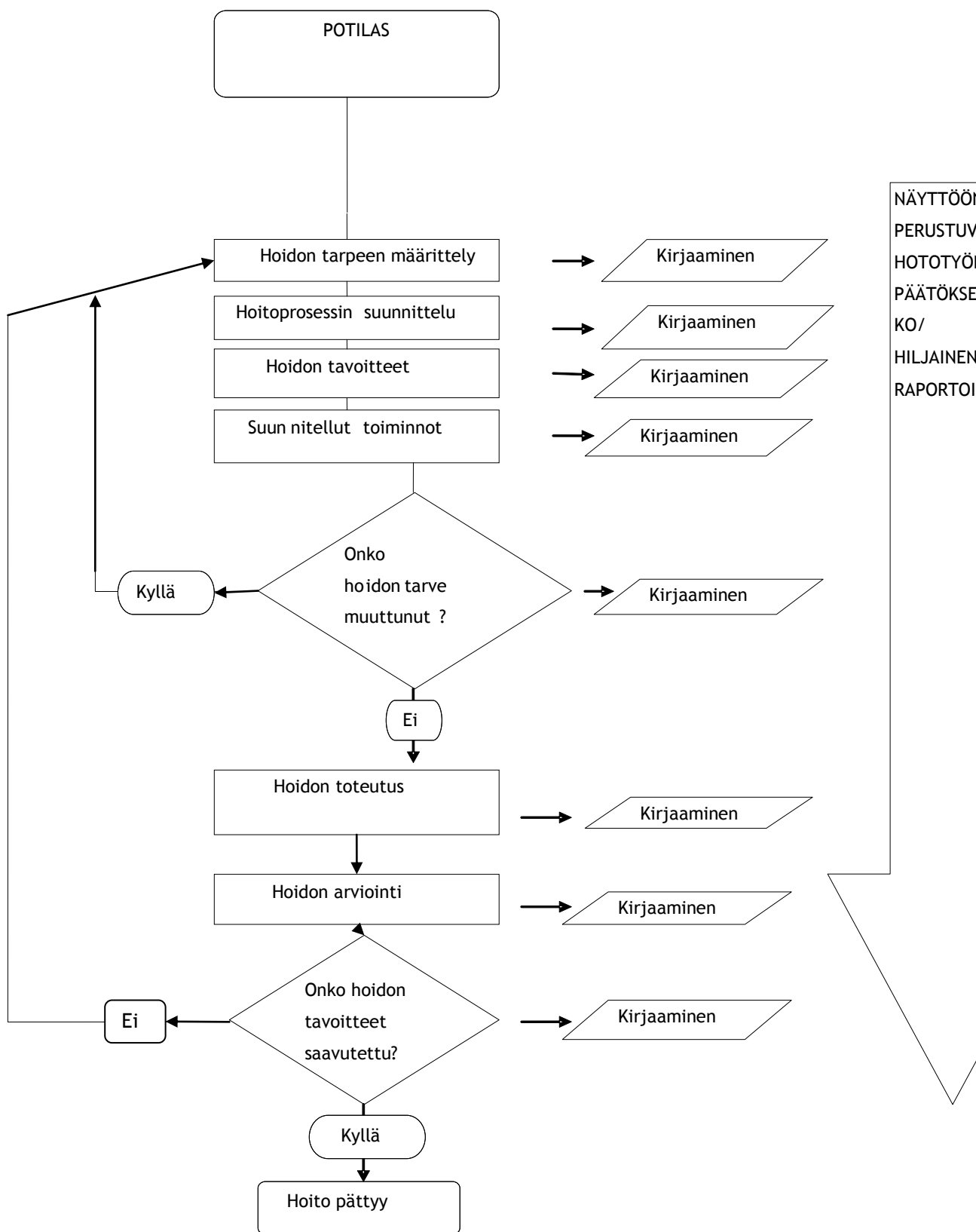
Lisäksi työryhmä teki kirjaamisesta prosessikaavion (Kuvio 6.), jonka avulla voidaan hahmottaa kotisairaalan kirjaamisen prosessia. Prosessikaavio toimii työkaluna kirjaamisen nykytilan kuvaamisessa sekä kirjaamisen kehittämisessä.

Käytännössä näyttöön perustuva hoitotyö on prosessi, jonka avulla hoitohenkilökunta tekee päätöksiä potilaan hoidossa. He käyttävät päätöksenteossa tutkittua tietoa, omaa asiantuntijuuttaan ja potilaiden mielipiteitä olemassa olevien resurssien puitteissa. Hoitajien hyväksikäyttämä tietopohja erilaisissa potilaan hoitoa koskevissa tilanteissa on kuitenkin paljon laajempi kuin vain tutkimusperustainen tieto tai koulutuksen antama tieto. He käyttävät joko tietoisesti tai tiedostamattaan hyväkseen kokemuksiaan ja henkilökohtaista intuitiotaan. Voidaan siis sanoa, että hoitajat tarvitsevat hoidollisessa päätöksenteossään sekä ongelmanratkaisuun pyrkivää analyyttistä ajattelua että intuitiivista ajattelua ja näiden yhdistelmiä. (Lauri ym. 2000.)

Uudessa toimintatavassa hoitajien viestintä ei ole enää riippuvaista henkilöiden fyysisestä sijainnista. Hoitajat toimivat itsenäisesti, tehden päätöksiä sen kokemuksen ja tiedon varassa joka heillä kulloinkin on käytettävissään. Kun kirjaaminen tehdään sähköiseen järjestelmään lain edellyttämällä tavalla, pitää sieltä löytyä se tieto jota kulloinkin potilaan hoitoa koskevia päätöksiä tehtäessä tarvitaan. Lisäksi käytettävissä ovat alati kehittyvät tietoliikenne yhteydet, joita Espoon kaltaisessa teknologia vetoisessa kaupungissa kannattaisi tulevaisuudessa laajemminkin käyttää.

”Perinteinen raportointi käytäntö on tutkimusten valossa osoittautunut aikaa vieväksi ja jopa potilaan kannalta kriittiseksi tavaksi välittää tietoa” (Sexton 2004).

Lisäksi malli jossa kaikki osastolla työskentelevät saavat kuulla tietoja kaikista osastolla hoidossa olevista potilaista ei ole välttämättä henkilötietolain hengen mukainen.



Kuvio 6. Kotisairaalan kirjaamisen prosessikaavio 1

## 6 ARVIOINTI

Arviointi on jatkuvaa ja sitä tehdään projektin edetessä. Tällä tavalla voidaan ohjata projektia haluttuun suuntaan. Tavoitteena ei ole lukita suunnitelmaa tai tavoitteita ehdottomiksi virstanpylväiksi, koska kyseessä on usean henkilön inhimillinen prosessi, joka itsenäisesti toimiessaan synnyttää havaintoja aiheesta. Arvioinnissa sovelletaan yleisesti erilaisia tutkimusmenetelmiä. Arviointi on vanhastaan tarkoittanut sitä, että organisaation sisäisestä tai ulkoisesta viestinnästä on erilaisia tutkimusmenetelmiä käyttämällä tehty kuvaus. Tämän jälkeen on kehitetty erilaisia menettelytapoja ja järjestelmiä, joiden avulla voidaan hallita informaation välittymistä ja organisaation informaatioresursseja jonakin tiettyä ajanjaksona. (Hurme ym. 2005.)

Uusien toiminta tapojen löytäminen omasta työstä kannustaa oman työn kehittämiseen. Yhdessä oppiminen antaa mahdollisuuden löytää työyhteisön hiljaisen tiedon sekä teoreettisen ja tutkimustiedon näkökulmat ja tuottaa näin uutta transformatiivista tietoa. (Tanttu & Ora- Hyytiäinen 2008.)

Espoon kirjaamisen kehittämisen hankkeen tuloksia on arvioitu osastotunneilla ja työryhmässä hyödyntäen Espoon sosiaali- ja terveystoimen nelikentän (Liite 4.) keskeisiä alueita, joita ovat; Toimivat rakenteet ja prosessit, terve talous, osaava ja innovatiivinen henkilöstö sekä asiakaskeskeisyys. Kehittämishankkeet on myös aina yksilöllinen, kyseiselle hankkeelle ominainen ja uniikkitoiminnan, havaintojen sekä ajattelun kokonaisuus.

Prosessi on yleensä alkanut ennen kuin varsinainen hanke ja usein se myös jatkuu sen päättymisen jälkeen. Tutkimalla hankkeen onnistumisia ja epäonnistumisia, on pantu merkille että tärkein syy on se kuinka projekti tai interventio on toteutettu. Arviointia tulisi tapahtua koko prosessin ajan, jälkikäteen saatavaa hyödyllistä tietoa voidaan käyttää ainoastaan tulevaisuuden hankkeissa. Kaikkiin kehittämishankkeisiin on tärkeitä kuulua seuranta ja arviointia, sillä palaute on oleellinen osa tietoista ja muutoshakuista toimintaa.

(Seppänen-Järvinen 2004.)

Työyhteisölle jaettiin syksyllä 2009 viimeisen koulutuksen jälkeen arviointilomake (liite 6). Arviointilomakkeen tarkoituksena on selvittää työyhteisön käsityksiä ja arvioita työryhmän toiminnasta ja tuotoksista. Lomakkeet kerättiin analysoitaviksi syyskuussa 2009. Lomakkeita jaettiin seitsemän kappaletta ja saman verran niitä myös palautettiin. Lomakkeiden perusteella työryhmän työhön oltiin tyytyväisiä, kirjaamisen arvioitiin kehittyneen jonkin verran tai paljon. Työryhmän kehittämää toimintamallia pidettiin käyttökelpoisena ja sen tuomaan muutokseen uskottiin. Rakenteinen kirjaaminen ja kansallinen malli olivat tulleet

tutuiksi, mutta yleisesti asiaa pidettiin abstraktina ja eräässä palautteessa toivottiin, että olisi ollut mahdollista päästä harjoittelemaan opittuja asioita käytännössä.

Arviointilomakkeen kuusi ensimmäistä kysymystä on asetettu Likertin vaihtoehtotaulukon mukaisesti, siten että: 1= Ei lainkaan, 2= Jonkin verran, 3= Paljon, 4= Erittäin paljon, 5= En osaa sanoa.

Kysymykset olivat seuraavanlaiset:

1. Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt hoitotyön kirjaamisen kehittymistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella? Neljä vastaajaa arvioi edistystä olleen paljon. Kolme vastaajaa arvioi edistystä olleen jonkin verran.

2. Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottamien käsitekarttojen ja uudentoimintamallin työstämiseen? Vastaajista viisi arvioi työyhteisön osallistuneen paljon käsitekarttojen ja uuden toimintamallin työstämiseen. Kaksi vastaajaa arvioi osallistuneensa jonkin verran työstämiseen.

3. Miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi? Kolme vastaajaa arveli että uutta toimintamallia voidaan hyödyntää erittäin paljon työyhteisössä. Kolme vastaajaa uskoi että hyödyntää voidaan paljonkin ja yksi vastaaja arveli hyödynnettävyyttä olevan jonkin verran.

4. Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet hoitotyön kirjaamista kehittää? Vastaajista neljä arvioi ajatuksia ja ideoita tulleen jokin verran. Kolme vastaajaa koki niitä tulleen paljon.

5. Kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) on mielestäsi parantanut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta? Vastaajista neljä arvioi kirjaamisen parantuneen jonkin verran. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että sujuvuutta on tullut lisää paljon. Yksi vastaaja ei osannut vastata kysymykseen.

6. Kuinka paljon uskot työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamisen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisössä? Neljä vastaajaa uskoi muutokseen erittäin paljon. Kaksi vastaajaa vastasi uskovansa paljon ja kaksi vastaajaa jonkin verran.

Vastauksista päätellen vaikuttaa siltä, että hankkeen lopputulos on positiivinen ja juurruttamisen prosessi jatkuu edelleen työyhteisössä.



## LÄHTEET

Bø, Brit. 2007. Shift report. Oral report and silent report; - benefits and disadvantages. Nursing experiences. Section of Nursing Sciences, University of Bergen.

Cambridge International Dictionary of English. 2006, 246.

Eriksson- Piela, S. 2003. Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos.

Eskola, J., Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino. 19,15, 185.

Espoon kaupungin ikääntymispoliittinen ohjelma 2009-2015.

Hallila, L. 2003. Näytön paikka- tutkimustiedon hyödyntäminen hoitotyössä. Lahti: Sairaanhoidon tutkimuslaitos.

Hendersson, V. 1980. Sairaanhoidon periaatteet. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Henkilötietolaki 523/1999

Hirsjärvi, S., Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus. 11, 48-50.

Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä: Sairaanhoidajaliitto, 26.

Huotari, M., Hurme, P., Valkonen, T. 2005. Viestinnästä Tietoon. WSOY, 95- 129.

Jauhiainen, A. 2004. Tieto- ja viestintätekniikka tulevaisuuden hoitotyössä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Lauri, S., Eriksson, E., Hupli, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. WSOY, 9.

Lauri, S., Hupli, M., Jokinen, S. 2000. Hoitotiede- mitä, miten ja miksi? Osa 3. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. A:29/2000.

Laki Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.

Laurea ammattikorkeakoulu. 2008. Opinnäytetyöohje, 8.

Lundgren- Laine, M., Salanterä, S., Haapalainen- Suomi, R. 2007. Näkökulmia hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja Tutkimuksia ja raportteja. A:53/ 2007.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus, 115.

Ora- Hyytiäinen, E. 2004. Auttajasta reflektiiviseksi sairaanhoitajaksi. Akateeminen väitöskirja, kasvatustieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto.

Parvinen, P., Lillrank, P. 2005. Johtaminen terveydenhuollossa: Käytännöt, vastuut, valvonta. Tampere: Talentum, 35.

Sarala, A., Sarala, U. 2003. Oppiva organisaatio. Tampere: Palmenia kustannus, 84.

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K., Sonninen, A. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY, 18-47.

Seppänen- Järveinen, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin. Helsinki: Stakes.

Sivistys sanakirja. 2001. WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 298/2009.

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 2004/ 18.

Suuri sivistyssanakirja. 2009. Helsinki: Gummerus.

Telaranta, S. 1997. Hoitotyön hallinto. Tampere: Tammer- Paino Oy.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi, 47.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

## ARTIKKELIT

Ahonen, O., Ora- Hyytiäinen, E., Silvennoinen, P. 2006. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. Pro terveys. 35(2)/ 2006, 16-19.

Sexton. A. Nursing handovers: do we really need them? Journal of Nursing Management. 12(1)/ 2004, 37-42.

Puumalainen, A., Långsted, K., Eriksson, E. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedon välitykseen. 2003. Tutkiva hoitotyö (1)1/ 2003, 4-9.

Tanttu, K., Ora- Hyytiäinen, E. 2008. Systemaattinen kirjaaminen haltuun. Sairaanhoidaja-lehti. 11/ 2008, 23.

## INTERNET LÄHTEET

Ahonen, O., Ora- Hyytiäinen, E., Partamies, S. 2007. Juurruttaminen kehittämismenetelmänä. Ammatillisen ja ammattikorkeakoulututkimuksen päivät. Viitattu 2.2.2010.

[www.amk.fi/material/attachments/vanhaamk/5AHx0Fv5h/5ASpPawbM/eNNI-hankkeen\\_kuvaus.pdf](http://www.amk.fi/material/attachments/vanhaamk/5AHx0Fv5h/5ASpPawbM/eNNI-hankkeen_kuvaus.pdf)

eNNi- hanke.2009. Viitattu 11.5.2009.

[www.amk.fi/eni/fi/index/tietoahankkeesta/hankekuvaus.html](http://www.amk.fi/eni/fi/index/tietoahankkeesta/hankekuvaus.html)

Finlex 2009. Viitattu 5.7.2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>

Kanta 2009. Viitattu 5.7.2009.

[https://www.kanta.fi/c/document\\_library/get\\_file?uuid=9391c327-5da1-4c1c-ae69-0e9be657f325&groupId=10206](https://www.kanta.fi/c/document_library/get_file?uuid=9391c327-5da1-4c1c-ae69-0e9be657f325&groupId=10206)

Tanttu, K. 2009. Viitattu 5.7.2009. [www.vsshp.fi/hankkeet/loppuraportti](http://www.vsshp.fi/hankkeet/loppuraportti)

Tanttu, K. 2009. Viitattu 3.1.2010. [www.vsshp.fi/hankkeet/Hoitotyön-systemaattinen-kirjaaminen-ja-sen-kayttoonotto.pdf](http://www.vsshp.fi/hankkeet/Hoitotyön-systemaattinen-kirjaaminen-ja-sen-kayttoonotto.pdf)

THL. 2009. Viitattu 7.5.2009. <http://sty.stakes.fi/FI/koodistopalvelu/koodisto.htm>

Ora- Hyytiäinen, E., Silvennoinen, P. 2007. Viitattu 1.3.2010.

[www.amk.fi/material/attachments/vanhaamk/5AHx0Fv5h/5ASpPawbM/eNNI-hankkeen\\_kuvaus.pdf](http://www.amk.fi/material/attachments/vanhaamk/5AHx0Fv5h/5ASpPawbM/eNNI-hankkeen_kuvaus.pdf)

OSSIE. 2009. Viitattu 3.5.2009.

[http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/D0CEDF80C4623FF2CA25757D007F7828/\\$File/OSSIE.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/D0CEDF80C4623FF2CA25757D007F7828/$File/OSSIE.pdf)

Virtual vtt. 2009. Viitattu 28.12.2009. <http://virtual.vtt.fi/virtual/hl7/cda/opas-spkydintiedot-2007-01-31.pdf>.

Yee ,K., Wong, M, P., Turner. 2008. Viitattu 8.8.2009.

[www.mja.com.au/public/issues/190\\_11\\_010609/yee11187\\_fm.pdf](http://www.mja.com.au/public/issues/190_11_010609/yee11187_fm.pdf)

## MUUT LÄHTEET

Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009- 2015 pdf. Tulostettu 3.4.2009.

Espoon sosiaali- ja terveystoimi/ vanhustenpalvelut/ Espoon sairaala. Moniste.

Ensio, A. 2009. eNNI- kevätseminaari. Viitattu 7.5.2009.

## KUVIOT

Kuvio 1. Juurruttaminen.....	8
Kuvio 2. Tiedonkäsittelyn kierrokset.....	10
Kuovi 3. Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen.....	19
Kuvio 4. Nelikenttä.....	27
Kuvio 5. Uuden mallin mukainen liukuva aamuvuoro.....	28
Kuovi 6. Kotisairaalan kirjaamisen prosessikaavio.....	30

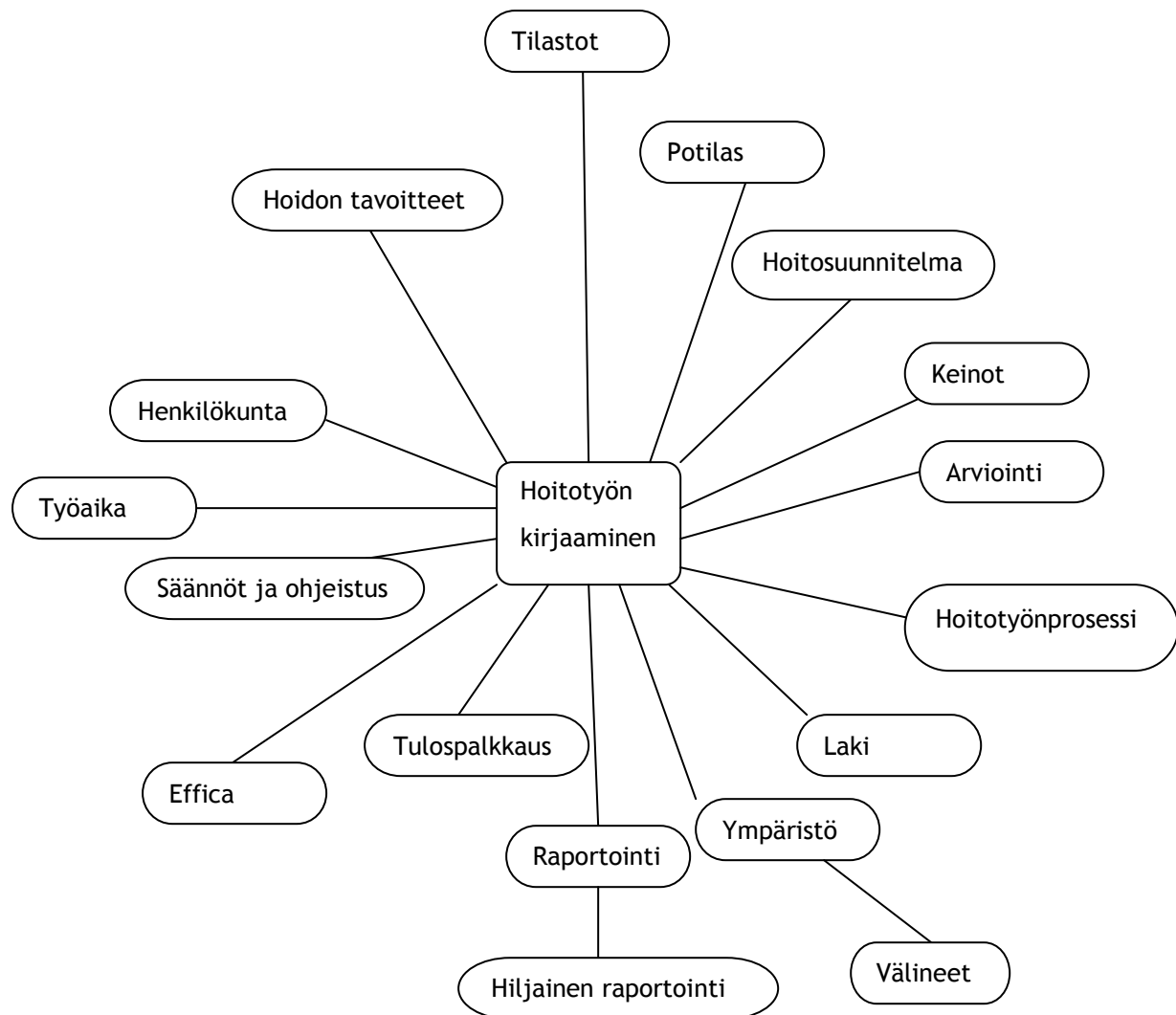
## LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelu.....	36
Liite 2. Kotisairaalan hoitotyön kirjaaminen käsitekarttana .....	37
Liite 3. Nelikenttä .....	38
Liite 4. Nykytilanteen kuvauksen analyysitaulukko .....	39
Liite 5. Hoitotyön kirjaamisen kehittämisen arviointilomake.....	40

Teema haastattelu Espoon sairaalassa 13.1.2009.

- Aluksi voisitte kertoa siitä mitä se teidän kirjaaminen nykyään on. Mitä kirjataan miten kirjataan, ja kuka kirjaa.
- Miten päällekkäinen kirjaaminen ilmenee?
- Noudatetaanko sitä hoitosuunnitelmaa ja kuinka tarkasti sitä noudatetaan?
- Miten kirjaamista voisi kehittää?

Kotisairaalan hoitotyön kirjaaminen Käsitekarttana.



Nelikenttä.

<p><b>ASIAKASKESKEISYYS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Potilaan kanssa tehty hoitosuunnitelma löytyy aina kirjattuna.</li> <li>-Hoidon jatkuvuus on sujuvaa, vuorojen vaihdosta huolimatta.</li> <li>-Potilaat ovat tyytyväisiä, koska hoito etenee suunnitelman mukaan.</li> </ul>	<p><b>TALOUDELLISUUS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vapautuu enemmän aikaa potilastyöhön.</li> <li>-Tuottavuus lisääntyy.</li> <li>-Potilaiden hoitosuunnitelmat tulee kirjattua tarkemmin.</li> </ul>
<p><b>OSAAVA JA INNOVATIIVINEN HENKILÖKUNTA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Kirjaaminen tehostuu ja tarkentuu.</li> <li>-Aiemmin laadittuja kriteerejä on ja ne ovat käytössä.</li> <li>-Rakenteisenkirjaamisen oppimiseksi tulossa osastotunteja ja pienryhmä työskentelyä.</li> </ul>	<p><b>TOIMIVAT RAKENTEET JA PROSESSIT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Uuden toimintamallin myötä työajan käyttö tehostuu.</li> <li>-Raportointiin käytettävä aika vähenee ja raportointi keskittyy vain oleelliseen.</li> <li>-Hoitajien siirtyminen potilaiden luo sujuvampaa.</li> </ul>



HOITOPRO- ESSIN VAIHE:	MITÄ TIETOJA KIRJATAAN?	MITÄ TAPAHTUMIA TIETOON LIITTYY? (EDELLYTTÄ ÄKÖ SE TOIMINTAA ENNEN KIRJAAMISTA )	MISTÄ LÄHTEESTÄ KIRJATTAVA TIETO ON PERÄISIN?	MINNE JA MONEENKO PAIKKAAN TIETO MAHDOLLISII N JÄRJESTELM IIN/ PAIKKOIHIN JÄRJESTELM ÄSSÄ/ PAPERIEHIN KIRJATAAN?	MITEN TÄTÄ TIETOA HYÖDYNNETÄ ÄN?
TULOTILANN E	Kirjataan hoitosuunnit elma. Taustat ja senhetkisee n tilanteeseen vaikuttavat asiat sekä koti tilanne. <i>"Mitä siinä hoidossa on suunniteltu tehtäväksi. "</i>	Käynti potilaan luona. Potilaan papereihin perehtymine n. Lääkärin määräys. Omaiset.	Potilaalta itseltään, lähettävästä yksiköstä, potilaan papereista, kotisairaalan lääkäriltä. Omaiset.	<i>"Sellaista heikkoutta, että ei tiedä kumpaan laittaisi, Ger- lehdelle vai Hoi lehdelle?"</i> Tiivi, Perustietolo make, lho- ja lääkehoito?	<i>"Siinä on heikkous. Ei välttämättä viikon kuluttua ole sama."</i>
HOIDON SUUNNITTEL U	<i>"Aina määritellää n tavoite ja sen jälkeen keinot."</i>	Ensikäynnin tekevä hoitaja kirjaa hoitosuunnit elman	Potilas, lääkäri, hoitaja. Potilaan aikaisemmat sairaudet/	Hoi / Ger lehdelle.	<i>"Se muuttuva hoitosuunnite lma ei näy siellä niin hyvin."</i> Muutokset potilaan

		koneelle.	hoidot. Omaiset.		voinnissa eivät aina päivity hoitosuunnite lmaan.
HOIDON TOTEUTUS	<i>"Kaikki käynnit kirjataan: Verensiirrot , haavan hoito, lääkkeen anto, kudoseheys, nesteytys, saattohoito. "</i>	<i>"Jokainen puhelin soitto ja asian hoito kirjataan."</i> Mittaamista, auskultointia , observointia , konsultointia .	Lääkäriltä, hoitajalta, potilalta, omaiselta.	Hoi / Ger lehdelle, tai vastaavan aihealueen lehdelle.	<i>"Hoitajat kirjaavat hienosti, raportilla kuitenkin luetaan samat siat ääneen koneelta."</i> Lääkärillä ei ole mahdollisuutt a nähdä potilasta.
HOIDON ARVIOINTI	Ei arvioida aina potilaan tilaa, sen muutosta suhteessa tavoitteisiin ja edellisiin käynteihin. <i>"Tavoitteet eivät aina päivity"</i> .	Kokonaistila nteen tuntemusta. Perehtymist ä aikaisempiin merkintöihin .	Efficasta, muilta hoitajilta, lääkäriltä,poti lalta, Omaisilta	Ger. <i>"Osa hoitajista käyttää väliarviopal kkia."</i>	

## HOITOTYÖN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN ARVIOINTILOMAKE

Laurea-ammattikorkeakoulu Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointi Elina Ora-Hyytiäinen Hyvä vastaaja

Pyydämme sinua arvioimaan oman käsityksesi perusteella hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojektissa toiminutta työryhmää. Työryhmässä on omasta työyhteisöstäsi edustaja ja hoitotyön opiskelijoita.

Työryhmän toiminnan tavoitteena on ollut Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen. Työryhmä on tuottanut ja esitellyt työyhteisön nykytoimintaa kuvaavan prosessikuvauksen, kehitettävää aluetta kuvaavan teoreettisen käsitekartan ja laatinut ehdotuksen uudeksi käytännön toiminnaksi yhdessä valitsemallanne alueella.

Vastaa kysymyksiin oheisten vastausvaihtoehtojen mukaan. Vapaassa tilassa voit perustella vastaustauksiasi ja esittää kehittämis ehdotuksia työryhmälle.

Vastausvaihtoehdot ovat :

- 1 ei lainkaan
- 2 jonkin verran
- 3 paljon
- 4 erittäin paljon
- 5 en osaa sanoa

1 Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt hoitotyön kirjaamisen kehittymistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella?

1 2 3 4 5

2 Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottamien käsitekarttojen ja uuden toimintamallin työstämiseen?

1 2 3 4 5

3 Miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?

1 2 3 4 5

4 Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet hoitotyön kirjaamista kehittää?

1 2 3 4 5

5 Kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) on mielestäsi parantanut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta?

1 2 3 4 5

6 Kuinka paljon uskot työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?

1 2 3 4 5

7 Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-6)

8 Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen.

9 Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta.